MÉMOIRE

SUR LES

KYSTES DES MACHOIRES

PRINCIPAUX TRAVAUX DU MÊME AUTEUR

Études sur le développement et la structure des dents humaines. Gr. in-4° avec 2 planches, 1858.

Mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire, lu à la Société de chirurgie de Paris. in-8°. 1 planche, 1860.

Mémoire sur la morphologie du follicule dentaire chez l'homme et les mammifères. Comptes rendus de l'Académie des sciences. 1860, t. I, p. 424.

Mémoire sur la genèse et l'évolution des follicules dentaires chez l'homme et les mammifères, en commun avec le professeur Ch. Robin. Gr. in-8° avec 6 planches. *Journal de physiologie.* 1860-61.

Mémoire sur un organe transitoire de la vie fœtale, désigné sous le nom de cartilage de Meckel, pour servir à l'histoire du développement du maxillaire inférieur et de la chaîne des osselets de l'oreille, en commun avec le professeur Ch. Robin. In-8° avec planche. *Annales des sciences naturelles.* 1862.

Mémoire sur les lésions anatomiques de l'ivoire et de l'émail dans la carie dentaire. In-8° avec 2 planches gravées. *Journal d'anatomie et de physiologie.* 1866.

Études et expériences sur la salive considérée comme agent de la carie dentaire. 1867. Deuxième édition revue et augmentée de figures dans le texte.

Mémoire sur l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. Archives générales de médecine. 1867.

Recherches ethnologiques et statistiques sur les altérations du système dentaire, avec des tracés graphiques et une carte. *Bulletin de la Société d'anthropologie.* 1867.

Traité de la carie dentaire; recherches expérimentales et thérapeutiques. In-8° avec 2 planches gravées, carte et figures dans le texte. 1867.

L'Homme et les Singes anthropomorphes, discours sur l'anatomie comparée du système dentaire de l'homme et des singes. *Bulletin de la Société d'anthropologie.* 1869.

De l'Acide chromique et de son emploi thérapeutique dans quelques affections chirurgicales de la bouche. Bulletin général de thérapeutique. 1869.

Essai sur la pathogénie des kystes et des abcès des mâchoires. Gazette des hôpitaux. 1869.

Collaboration au *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* articles : *alvéoles, bouche, carie des dents, dentition, mastication, etc.*

EN PRÉPARATION :

Odontologie. Traité comprenant l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la médecine opératoire, la prothèse dentaires. In-8° de 600 pages, avec 200 figures intercalées dans le texte.

Traité des anomalies du système dentaire chez l'homme *et les mammifères domestiques.* In-4° avec planches.

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

/2

MÉMOIRE

SUR LES

KYSTES DES MACHOIRES

PAR

Le Dr E. MAGITOT,

LAURÉAT DE L'INSTITUT (ACADÉMIE DES SCIENCES);
LAURÉAT DE LA FACULTÉ ET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE;
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE ET DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE;
SECRÉTAIRE DE LA SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE;
MEMBRE HONORAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE;
CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE, ETC.

Extrait des Archives générales de Médecine
1872-1873.

PARIS

P. ASSELIN, SUCCESSEUR DE BÉCHET J^ne ET LABÉ

LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Place de l'École-de-Médecine.

—

1873

MÉMOIRE

SUR LES

KYSTES DES MACHOIRES



Le présent travail a pour objet l'étude des kystes qui prennent naissance dans l'épaisseur des os maxillaires. Les faits principaux dont nous avons l'intention de traiter, sont : la détermination de la nature de ces kystes ; l'indication de la place qu'il convient de leur assigner dans le cadre nosologique, et le mécanisme exact de production de la lésion. L'ensemble de nos recherches est fondé sur l'examen critique et analytique des faits recueillis avant nous dans cet ordre d'études, et sur l'exposé des observations qui nous sont personnelles. Nous ne traiterons qu'accessoirement et en terminant, de la symptomatologie, de la marche et du traitement des kystes des mâchoires; ces points ayant été déjà soigneusement étudiés et assez nettement élucidés par les auteurs.

Le but particulier que nous poursuivons dans cette étude est d'établir que tout kyste des mâchoires reconnaît constamment et exclusivement pour origine une condition particulière du système dentaire. C'est ce problème, déjà entrevu par divers auteurs pour quelques-unes de ses parties, que nous espérons, avec les éléments de ce travail, résoudre de manière à en dégager la théorie pathogénique et à la formuler d'une manière précise.

I. — HISTORIQUE DES KYSTES DES MACHOIRES. — CRITIQUE DES FAITS.

Les anciens n'avaient point reconnu les kystes des mâchoires, qu'ils confondaient dans la classe générale des *tumeurs*.

Il faut arriver au milieu du XVIIe siècle, avec Scultet (1), pour trouver la première expression de *chyste*, et la détermination d'une cavité close contenant une matière « *jaune comme du miel.* » L'auteur n'en soupçonnait ni la nature, ni le mode de production. Il fait toutefois remarquer, dans l'une de ses observations, qu'il dut, pour obtenir la guérison, enlever, dans le voisinage de la poche, des petites masses dures. Il nous paraît probable que ces masses étaient des débris dentaires.

Un siècle plus tard, Runge (2) publia des observations bien plus complètes, et dans lesquelles la relation entre les altérations des dents et l'apparition de la tumeur est nettement établie; l'auteur, toutefois, ne donne point d'explication et se borne à mentionner ces circonstances. Dans l'une de ses observations, le kyste fut ouvert par l'alvéole de deux dents extraites, puis traité et guéri par cette voie.

Quelques années plus tard, nous trouvons des observations de kystes des mâchoires publiées par Bordenave (3), Morelot (4) et Jourdain (5); le premier de ces auteurs raconte très-nettement que, dans un kyste volumineux occupant le maxillaire inférieur, il rencontra les racines d'une dent molaire, dénudées, plongeant dans la poche, et qu'à l'extraction de cette dent, le liquide s'écoula par l'alvéole. L'observation de Morelot est beaucoup plus intéressante et plus complète, car la tumeur, disséquée à l'autopsie du sujet, permit de constater, à la grande surprise des assistants, une dent implantée dans la paroi du kyste. Ce serait là, croyons-nous, le premier exemple d'un kyste *folliculaire*.

Les faits de Jourdain sont relatifs à des kystes du maxillaire supérieur manifestement étrangers au sinus, bien que cette préoccupation soit constante de la part de l'auteur auquel on doit, comme on sait, des études très-curieuses et des observations

---

(1) Armentarium chirurgicum... Hagæ comitum, 1654, p. 222 et 228.
(2) Thèses de Haller. Lausanne, 1775, t. I, p. 216.
(3) Mémoires de l'Acad. royale de chirurgie, 1778, t. IV. p.. 329.
(4) Mémoires de l'Acad. royale de chirurgie, 1774, t. V, p. 352.
(5) Maladies de la bouche, 1778, t. I, p. 125, et. II, p. 123 et suiv.

très-remarquables sur le sinus maxillaire et ses maladies. Chez les deux malades de Jourdain, malgré tout l'arsenal de la thérapeutique interne et externe auquel ils furent soumis, on dut cependant extraire des dents altérées profondément, et la guérison fut obtenue rapidement par les pansements et injections pratiqués à travers les alvéoles. Toutefois, une autre observation de Jourdain qu'on peut, avec les deux dernières, rattacher aux kystes des mâchoires, est relative à une poche qui fut ouverte par un alvéole et au centre de laquelle fut rencontrée une dent adhérente à la paroi. Il nous semble que c'était encore là un kyste folliculaire.

Quoi qu'il en soit, et, bien que dans ces diverses relations on reconnaisse déjà plusieurs types de kystes des mâchoires, aucune mention de cause prochaine ou éloignée, aucun soupçon sur le mode de production ne se trahit de la part des auteurs. Il faut arriver au commencement de ce siècle pour trouver la première manifestation de ce genre : c'est Delpech (1) qui, ayant remarqué que certaines dents entraînaient, dans leur extraction, des lambeaux membraneux adhérents à leurs racines, ou parfois de petites poches restées closes, émet cette hypothèse, que les kystes des mâchoires se développent *dans la pulpe dentaire ou dans son cordon vasculo-nerveux.* Bien que cette explication soit, comme on voit, un peu confuse, il est évident que Delpech était sur la trace de l'une des origines de ces kystes; la présence des lambeaux membraneux adhérents à une racine extraite établissait bien nettement d'ailleurs l'existence de certaines poches distinctes; mais, comme ces faits avaient été presque tous rencontrés au maxillaire supérieur, on les rattachait invariablement à ces affections désignées sous le nom de dépôts, abcès ou hydropisies du sinus maxillaire. Cependant, un certain nombre d'observateurs, parmi lesquels nous citerons Hunter, Brodie, Callisen, Sam. Cooper et Siebold, avaient déjà cherché à établir que, dans les os en général, et par suite, dans les mâchoires, il pouvait se développer spontanément des poches remplies de liquide, et distinctes des cavités naturelles.

(1) Chirurgie clinique, 1816, t. III, p. 439.

Après Delpech, Dubois (1) et Marjolin (2) signalent deux exemples de kystes développés hors des bords alvéolaires, l'un dans le rebord orbitaire; l'autre, dans la voûte palatine, et contenant chacun une dent saine. C'étaient là certainement deux faits d'*hétérotopie folliculaire*. Ils parurent fort étranges à leurs observateurs, mais le mode de développement ne s'éclaira pas davantage.

Nous arrivons enfin à Dupuytren, avec qui la question des kystes des mâchoires prend une physionomie nouvelle (3). Cette affection entre définitivement dans le cadre nosologique : Dupuytren en décrit la marche; il en détermine le diagnostic, et c'est à lui qu'on attribue, à tort cependant, comme nous le verrons, ce signe particulier de fluctuation, dit *bruit de parchemin*. Au point de vue du traitement, Dupuytren est toutefois le premier qui ait songé à guérir les kystes volumineux des mâchoires, autrement que par la résection de l'os, procédé à peu près seul employé avant lui. L'une de ses tentatives dans ce sens eut cependant un résultat fatal. C'est le fait relatif à une petite fille de 7 ans qui, à la suite d'une contusion violente, fut prise d'un gonflement considérable du maxillaire supérieur. Dupuytren, après avoir diagnostiqué, à sa clinique, un kyste des mâchoires, pratiqua une ouverture par la bouche; il sortit un flot de sang noirâtre. Des accidents inflammatoires consécutifs emportèrent la malade, dont l'autopsie montra, dans le maxillaire, la présence de cavités multiples remplies de matières fibrineuses, et d'une *substance molle se laissant facilement déchirer*. Aucune recherche ne fut faite sur la nature de ces masses; aucun soupçon ne fut émis touchant la participation possible des follicules de seconde dentition alors contenus dans la mâchoire, et qui ont dû, par suite du traumatisme éprouvé, devenir le siége d'épanchements multiples, peut-être d'un commencement de désorganisation, seules causes probables de la tuméfaction constatée et désignée à tort, suivant nous, sous le nom de kyste.

Ainsi qu'on le voit, si les questions de diagnostic et de trai-

(1) Voir Boyer, Maladies chirurgicales, 1818, t. VI, p. 141.
(2) Cité par Duchaussoy, thèse de concours, 1857, p. 32.
(3) Leçons orales, 1839, 2e édit. t. II, p. 129.

tement préoccupaient Dupuytren, il n'en était pas de même de la pathogénie qui ne fut pas soupçonnée, tant était exclusif le point de vue purement clinique et chirurgical du professeur de l'Hôtel-Dieu.

Les autres observations de kystes des mâchoires qu'on rencontre dans les œuvres de Dupuytren sont relatives à des faits de guérison par ouverture directe de la poche et pansements consécutifs. Dans l'une d'elles l'éminent chirurgien fait remarquer que le début de la tumeur coïncida avec des tentatives d'extraction restées infructueuses. N'est-ce pas là, ainsi qu'on le verra, le point de départ fréquent d'un kyste du périoste? Dans une autre, le kyste occupait le point du maxillaire inférieur correspondant à la dent de sagesse qui n'avait point paru. Le kyste ayant été ouvert, on trouva une masse fibro-celluleuse dont l'ablation fut pratiquée, mais qu'on n'examina pas. N'est-on pas fondé encore à admettre qu'il s'agissait ici d'un kyste dépendant de la dent de sagesse restée à l'état folliculaire? Quoi qu'il en soit, l'attention de Dupuytren étant attirée vers cette question des kystes de mâchoires, un médecin de Paris, le Dr Loir (1), présenta dans le même temps à la clinique de l'Hôtel-Dieu, un kyste du maxillaire supérieur, dans lequel l'intervention dentaire n'était pas douteuse : il contenait, suivant l'expression de Dupuytren, *une canine renversée*, et occupait l'apophyse palatine. C'était un cas évident de kyste folliculaire hétérotopique.

Quelques années plus tard, Lombard (2), Blasius (3), et Syme (4), publièrent des observations de kystes du maxillaire supérieur, développés hétérotopiquement dans la fosse sous-orbitaire ou faisant saillie dans le sinus, et dans lesquels la relation avec les dents fut nettement constatée, et celles-ci furent considérées comme causes prochaines de la lésion.

En 1840, M. Forget (5), dans sa thèse inaugurale, publia sur les kystes des mâchoires des considérations qu'il reprit quelques

(1) Clinique de Dupuytren, 1re édition, t. III, p. 8.
(2) Thèses de Montpellier, 1836.
(3) Zeitsch. für chir. und Klin. von Aug. Blasius ; Halle, 1835, Bd. 1-2.
(4) Arch. de médecine, 1838, t. III, p. 470.
(5) Thèses de Paris, 1840, n° 156.

années plus tard (1), et desquelles il résulte que, parmi les kystes des os maxillaires il en est un certain nombre qui ont, non-seulement pour cause, mais aussi pour siége les alvéoles des dents, et il leur donne le nom de *kystes alvéolo-dentaires.* C'est la première fois que fut formulée d'une manière nette la relation des kystes avec le système dentaire. Toutefois, ce terme de kystes alvéolo-dentaire manque encore de précision suffisante, et la pathogénie n'est pas lucidement établie. De plus, la designation d'*alvéolo-dentaire* ne peut convenir qu'aux kystes de l'âge adulte, et dès lors l'explication ne s'adresse pas à ceux qui se développent dans l'enfance, pendant la période d'évolution des follicules.

C'est à M. Guibout (2), qu'on doit d'avoir conçu le premier l'hypothèse qu'un kyste des mâchoires pouvait prendre naissance dans le follicule dentaire lui-même. Après avoir émis cette proposition, M. Guibout, comprenant bien que tous les kystes ne peuvent en définitive rentrer dans cette catégorie spéciale, avance les deux autres explications suivantes : un kyste peut être « *le résultat d'un vice dans l'évolution dentaire,* » hypothèse qui se confond avec la première; il peut aussi être « *la conséquence de l'activité vitale que la nature déploie au centre des maxillaires et des vicissitudes de forme, de structure et de dimension que subissent ces os.* »

Quoi qu'il en soit de cette dernière hypothèse quelque peu vitaliste, le kyste folliculaire était enfin soupçonné, et c'est dans une observation de kyste trouvé chez une femme de 50 ans, que M. Guibout en a rencontré la démonstration. La tumeur, il est vrai, datait de plus de vingt années, et depuis son début jusqu'au moment où elle fut observée, la dent de sagesse n'avait point paru. C'est à son follicule frappé d'arrêt d'évolution et de trouble de nutrition, que M. Guibout attribua très-judicieusement l'apparition du kyste.

A partir de ces deux auteurs, MM. Forget et Guibout, qui resteront, dans l'histoire des kystes des mâchoires, comme représentant les deux hypothèses initiales de la pathogénie de ces alté-

---

(1) Mém. de la Soc. de chirurgie, 1853, t. III, p. 229.
(2) Union médicale, 1847, p. 449, 454, 458 et 469.

rations, les observations se succèdent plus nettes, plus complètes pour la plupart et plus susceptibles par leurs détails de se rattacher à l'une ou l'autre des espèces de kystes que nous essayerons d'établir.

Ainsi, nous trouvons dans les observations de Baum (1), E. Nélaton (2), Barue (3), Maisonneuve (4), Legouest (5), Giraldès (6), B. Cooper (7), Wormald (8), Salter (9), des faits dans lesquels la relation dentaire n'est pas mise en doute et qui, sans porter de désignation précise, nous paraissent se rattacher manifestement à la variété des kystes du follicule dentaire. Salter décrit même, dans un chapitre spécial, les *kystes dentigères*, *dentigerous cysts*, qu'il attribue à des dents anormalement placées, supplémentaires ou non. J. Paget (10) les avait déjà signalés d'ailleurs, et le terme de *kystes dentigères* a été depuis lors adopté en Angleterre, par les auteurs qui se sont occupés de la question. Nous citerons par exemple les faits rapportés par J. Tomes (11) et Coleman (12). D'autres chirurgiens anglais ou américains, Gross (13) et Erichsen (14), par exemple, indiquent également, parmi les kystes des os, leur présence assez fréquente dans les mâchoires, mais sans en publier de relations.

Une des observations parmi celles que nous venons de citer, celle de M. Legouest, porte le titre de *kyste alvéolo-dentaire*, conformément à la dénomination adoptée depuis M. Forget; le kyste

---

(1) Cité par Paget. *Lectures on Tumours*, 1853, t. II. p. 90.
(2) Bulletin de la Soc. anat., 1856, p. 490.
(3) Cité par Duchaussoy, *loc. cit.*, p. 33.
(4) Clinique chirurgicale, 1863, t. I. p. 524.
(5) Bullet. de la Soc. de chirurgie, 1862, t. III, p. 345.
(6) Leçons cliniques sur les malad. chirurg. des enfants, 1869, t. II, p. 260-275.
(7) Cité par Holmes.
(8) In Lancet, 1850, t. I, p. 756..
(9) Dans Holmes. System of Surgery, 1870, vol. IV, p. 363.
(10) *Loc. cit.*, p. 90.
(11) Transactions of the odontological Society of Great Britain. 1re séie,, vol. III, 1863, p. 365.
(12) Transactions of the odontological Society of Great Britain. 1re série, vol. IV, 1865, p. 1.
(13) System of Surgery, Philadelphie, 1864, vol. II, p. 432.
(14) Science and art of Surgery, 1853. London, p. 677.

contenait deux dents, et les détails du fait sont bien de nature à nous permettre d'assurer qu'il s'agissait là d'un kyste du follicule ou des deux follicules fusionnés des dents désignées.

D'autre part, les observations de MM. Dolbeau (1), Chassaignac (2), O. Vitalis (3), Gosselin (4), Letenneur (5), se rapportent manifestement, d'après l'examen auquel nous nous sommes livré, à la variété des kystes périostiques. La plupart de ces kystes étaient consécutifs, soit à des altérations dentaires reconnues chez les sujets, soit à des tentatives d'extraction restées infructueuses. C'est bien là, ainsi que nous l'établirons, le processus ordinaire des kystes qui prennent naissance sous le périoste dentaire. Un autre fait du même genre, cité par M. Houel (6), se rapporte à une pièce du musée Dupuytren, dont nous donnons le dessin (fig. 1). C'est un kyste du maxillaire inférieur développé sur la ligne médiane. La poche ouverte montre deux racines des dents incisives plongeant dans la cavité et privées de leur périoste. Nul doute que celui-ci ait servi à constituer la paroi kystique elle-même. Aucune observation malheureusement n'accompagne cette pièce intéressante.

Vers la même époque, nous publiâmes aussi une observation de kyste du périoste dentaire (7). Il s'agissait d'une petite poche qui avait été entraînée au sommet d'une racine pendant l'extraction de celle-ci. Le kyste avait le volume d'un gros pois ; il ne s'était pas déchiré, et son contenu visqueux et purulent renfermait une quantité considérable de cholestérine. Ce fait n'était pas assurément nouveau des cas semblables avaient été présentés déjà par d'autres auteurs, Bordenave (8), Fauchard (9), Delpech (10), par exemple. Son volume était fort restreint, mais

(1) Bulletin de la Soc. anatomique, 1858.
(2) Bulletin de la Soc. de chirurgie, 1859, 16 mars.
(3) Bulletin de la Soc. anatomique, 1858, 2e série, t. III, p. 326.
(4) Gazette des hôpitaux, 1855, p. 529 et Bulletin de la Soc. de chirurgie, 1861.
(5) Bulletin de la Soc. de chirurgie, 1862, 21 août.
(6) Bulletin de la Soc. anat. 1847, t. XXII, p. 89.
(7) Mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire, 1860. Appendice, p. 62.
(7) *Loc. cit.*, p. 329.
(8) Le Chirurgien dentiste, t. I, p. 426.
(10) *Loc. cit.*, p. 442.

ce sont cependant là les mêmes kystes qui sous d'autres influences peuvent prendre un développement qui leur donne le volume d'un œuf, du poing et même d'une tête d'enfant.

Arrivant enfin à l'époque actuelle, nous rencontrons à l'appui de notre théorie et en dehors de nos observations personnelles, trois faits tout à fait démonstratifs.

L'un d'eux, relatif à une pièce anatomique de la collection particulière de M. le D[r] Fuzier, est représenté dans notre travail, (fig. 3). C'est un kyste ayant envahi, distendu et en quelque sorte évidé entièrement la totalité de l'apophyse montante droite du maxillaire inférieur, chez un homme de 25 ans. Le sujet qui portait cette tumeur étant mort de fièvre jaune à l'hôpital de la Vera-Cruz, M. Fuzier, en faisant son autopsie, trouva la pièce qu'il eut l'obligeance de mettre à notre disposition. La dent de sagesse est certainement la cause de ce kyste : elle est restée incluse à la base de la branche montante, et il nous paraît de la dernière évidence, malgré l'état sec de la pièce, que le kyste a eu pour point de départ le follicule même de cette dent.

Le deuxième fait a été observé par le professeur Verneuil, à l'hôpital de Lariboisière (1), il est des plus complets et des plus démonstratifs. Le malade était un homme de 27 ans, qui portait depuis plus d'une année, au côté droit de la mâchoire inférieure, une tumeur dure, indolente, du volume d'une petite orange. M. Verneuil, nous ayant fait l'honneur de nous inviter à voir ce malade, nous tombâmes d'accord avec le savant chirurgien, et la lésion fut diagnostiquée *kyste du périoste dentaire*. La poche fut ouverte, et le doigt, introduit dans la cavité, rencontra la racine dénudée et plongeant dans le kyste. De plus, celle-ci ayant été extraite, la communication fut reconnue évidente entre l'alvéole et la cavité de la tumeur, si bien qu'une anse de fil passant de l'un dans l'autre, put être nouée sur le bord alvéolaire. La démonstration de la nature périostique de ce kyste fut complétée par l'examen de la racine même, qu'on trouva libre, rugueuse et privée, dans toute l'étendue qui baignait dans le liquide,

(1) Voy. A. Barbat. Thèses de Paris, 1872, p. 46.

de son périoste qui formait manifestement la paroi du kyste.

Une troisième observation, que nous devons à l'obligeance de notre ami le Dr J. Moreau, est non moins complète et non moins démonstrative que la précédente. Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, qui portait au maxillaire supérieur un kyste périostique. La poche, ouverte, permit de reconnaître la présence de la racine d'une dent plongeant dans le liquide, et dénudée de son périoste ; la guérison fut obtenue, toutefois, dans ce cas, sans extraction de la dent.

Enfin nos observations personnelles, dont quelques-unes datent déjà de plusieurs années, sont au nombre de sept, qui, ajoutées au fait que nous avons déjà publié en 1860, constituent un total de huit exemples de kystes des mâchoires. Trois d'entre eux sont de nature *folliculaire* et à différents degrés de l'évolution ; les cinq autres sont de l'espèce *périostique.* Ce sont ces faits qui, joints à l'analyse et à la critique des relations qui se rencontrent dans la science, constitueront les éléments de démonstration et les preuves à l'appui de notre théorie.

Notre préoccupation à l'égard de cette question des kystes des mâchoires n'est d'ailleurs pas récente, et déjà, il y a quelques années (1), nous avons, dans un court article de journal, cherché à établir notre manière de voir.

Nous allons essayer de la développer aujourd'hui, et nous avons la ferme conviction qu'à partir de cette époque, tout kyste qui se rencontrera dans les mâchoires, et qui sera observé, avec un esprit dépourvu de toute prévention, rentrera inévitablement dans l'une des espèces dont nous allons exposer les conditions anatomo-pathologiques et le mode de développement.

II. — DÉFINION DES KYSTES DES MACHOIRES; LEUR NATURE, LEUR CLASSIFICATION

On doit donner le nom de *kystes des mâchoires* à toute poche membraneuse, close de toutes parts, pathologiquement développée au sein des maxillaires, distincte des tissus ambiants et

(1) Essai sur la pathogénie des kystes et des abcès des mâchoires. *Gazette des hôpitaux,* 1869, p. 245, 250.

contenant principalement un liquide de densité variable avec ou sans parties solides accessoires.

Par cette définition, qui n'est qu'une application de la définition générale des kystes, aux cas particuliers dont il s'agit, nous entendons éliminer immédiatement toutes les tumeurs enkystées des mâchoires, *odontomes*, *fibromes*, etc., ainsi que les productions diverses de même ordre qui, développées originairement sur un point voisin des mâchoires, ont pu consécutivement envahir le tissu de celles-ci. Tels sont encore les kystes du sinus maxillaire, qui ne sauraient à aucun égard être compris dans les kystes des mâchoires. Le sinus, en effet, doit être considéré comme une dépendance des fosses nasales : sa communication avec celles-ci, par l'orifice du cornet moyen; la nature de la membrane qui le tapisse; la composition du mucus et la structure des glandes qui le secrètent, en sont des preuves suffisantes. Ce sont même ces glandes qui deviennent le siége des kystes spéciaux de cette cavité, *kystes muqueux*, décrits par M. Giraldès.

La même remarque s'applique encore à certains kystes de la muqueuse buccale, siégeant soit à la voûte ou au voile du palais, soit au plancher de la bouche, kystes ordinairement formés aux dépens d'une glandule salivaire, et pouvant, par son développement ultérieur, se loger par usure ou envahissement dans l'un des maxillaires.

Certaines productions siégeant sous le périoste des maxillaires et désignées à tort sous le nom de kystes, doivent encore être distraites de notre description (1). Ce sont de simples épanchements de nature inflammatoire consécutifs à des lésions particulières des dents ou du bord alvéolaire. Nous pouvons enfin mentionner encore à ce propos l'hypothèse du siége de certains kystes des mâchoires dans le canal dentaire des vaisseaux. Nous verrons plus loin que cette assertion ne repose sur aucun fait observé, et qu'elle doit être absolument repoussée.

Les kystes des mâchoires, considérés au point de vue de leur nature, appartiennent à une seule classe de lésions : les altérations des dents à l'état folliculaire ou à l'état adulte. Nous formulons ainsi cette proposition :

---

(1) Tels sont les faits rapportés par MM. Ancelet, Sourier, Jacquin et Meilhac *Gazette des hôpitaux* 1859, p. 119, 134, 143 169 et 171.

Tout kyste spontané des mâchoires est de nature essentiellement et exclusivement dentaire.

Cette assertion paraîtra sans doute bien absolue au premier abord. Mais, si l'on envisage sans prévention la série des faits recueillis jusqu'à ce jour, on reste frappé d'abord de cette circonstance que le plus grand nombre des observateurs mentionnent une relation évidente avec le système dentaire. Beaucoup d'entre eux établissent même d'une manière précise des circonstances de causalité avec les conditions diverses des dents, et si un certain nombre de relations échappent à ce point de vue, c'est qu'elles manquent de la précision et de la rigueur qui conviennent à une observation authentique. Ces dernières ne doivent pas, par conséquent, être prises en sérieuse considération.

La théorie de l'origine dentaire de certains kystes des mâchoires n'est d'ailleurs pas toute nouvelle. Sans rappeler ici les faits déjà mentionnés de Delpech, de Marjolin, de MM. Forget, Guibout, Dolbeau, etc., M. Broca, parmi les auteurs modernes (1), affirme que la très-grande majorité de ces kystes est due à un trouble d'évolution du *follicule dentaire*, et il ajoute qu'aucune autre espèce de kystes, les *kystes progènes* par exemple, ne se rencontre dans les mâchoires. Cette affirmation, ainsi que nous le verrons, n'est pas exacte, et nous décrirons de véritables kystes progènes également d'origine dentaire, les *kystes du périoste alvéolo-dentaire*. Une opinion différente vient toutefois de se produire dans un travail remarquable qui paraît au moment même où nous mettons sous presse. C'est l'article *Pathologie des os maxillaires* de F. Guyon (Dictionn. encyclopéd. des sciences médicales, 2e série, t. V, p. 414). L'auteur divise les kystes des mâchoires en *kystes dentaires* et *kystes non dentaires*. Parmi les premiers, se retrouvent aisément les kystes du follicule et ceux du périoste. Dans les seconds, sont décrits les kystes du sinus et certains kystes multiloculaires de nature indéterminée. Nous discuterons plus loin, à propos de la *pathogénie*, les opinions émises dans cet article, en cherchant à établir qu'un kyste multiloculaire s'explique

---

(1) Traité des tumeurs, 1869, t. II, p. 35;

encore par la même origine et d'après un processus particulier.

Nous espérons donc convaincre le lecteur de l'exactitude de cette doctrine, que *les kystes des mâchoires ont toujours pour point d'origine le système dentaire.* La seule exception à cette règle est celle des *kystes périgènes*, développés autour d'un corps étranger, ainsi qu'il en existe une observation due à M. Maisonneuve (1). Il faut en outre considérer que les mâchoires ne sont à vrai dire que de simples supports destinés à contenir les dents, et que celles-ci, qui sont les organes fondamentaux de ces régions, sont d'une part, au point de vue physiologique, le centre de phénomènes d'évolution qui occupent une grande partie de la vie, et d'autre part, peuvent devenir pathologiquement le siége d'altérations nombreuses et diverses, qui retentissent immédiatement au sein des maxillaires. En effet, dans l'enfance, l'évolution dentaire commencée d'ailleurs pendant la vie intra-utérine, provoque et entretient une activité fonctionnelle considérable au sein des maxillaires. Ces phénomènes se prolongent jusqu'à l'âge adulte par l'éruption des dernières dents; ils correspondent au développement intra-folliculaire de l'organe, développement dont les aberrations accidentelles donnent lieu à la série si nombreuse et si variée des anomalies dentaires. Parmi ces anomalies, il en est plusieurs que nous devons invoquer dans la pathogénie de l'une des deux espèces de kystes, les *kystes folliculaires* : ce sont les anomalies de nutrition, celles du siége et celles de l'époque du développement. Les kystes folliculaires peuvent donc être considérés comme reconnaissant une cause purement tératologique, circonstance qui les rapproche parfois, au point de vue de leur nature et des circonstances anatomo-pathologiques, d'un groupe d'altérations d'un ordre voisin et si remarquablement étudiées par M. Broca, les *odontomes.* Nous verrons même que certaines lésions des mâchoires sont en quelque sorte intermédiaires aux deux espèces nosologiques et participent en même temps du kyste et de l'odontome. Plusieurs des faits qu'on rencontre dans la science sont dans ce cas.

Lorsque sont achevés les phénomènes d'évolution folliculaire

(1) Clinique chirurgicale, 1863. t. I, p. 594.

dont la terminaison est représentée par l'*éruption*, la dent est parvenue à l'état adulte, et les seules altérations qu'elle peut subir sont de nature pathologique : traumatismes, lésions organiques, carie, affections diverses du périoste, etc.; troubles parmi lesquels se range la seconde classe des kystes, les *kystes du périoste dentaire*.

En dehors de ces deux espèces : kystes du follicule dentaire et kystes du périoste, nous croyons qu'il n'existe dans les mâchoires aucun autre mode d'origine, sauf les kystes périgènes. Les prétendus kystes hydatiques ne reposent sur aucun fait authentique, malgré quelques affirmations dans ce sens, mais manquant complétement de preuves (1).

D'après ces considérations, il est facile de prévoir qu'elle sera notre classification des kystes des mâchoires.

A.—Dans une première variété nous décrirons les kystes *progènes* ou préexistants, *kystes du follicule dentaire.* Ils se diviseront au point de vue de la pathogénie, en :

1° *Kystes de la période embryoplastique*, c'est-à-dire survenus pendant la période folliculaire, antérieurement à la genèse de l'ivoire et de l'émail.

2° *Kystes de la période odontoplastique* répondant à l'époque où sont apparus au sein des follicules les premiers rudiments de la couronne.

3° *Kyste de la période coronaire*, c'est-à-dire ceux qui ont pris naissance dans le follicule au moment où est achevée la couronne dentaire.

Le kyste sera *simple* s'il s'est développé dans un follicule occu pant son siége normal; *héterotopique* si ce follicule a subi un déplacement, une anomalie de siége, qu'il soit ou non surnuméraire.

Les kystes de cette première catégorie pourront encore se distinguer suivant leur contenu dont il sera fait mention ultérieurement, c'est-à-dire en kystes *séreux*, *méliceriques* et *butyreux*.

---

(1) M. Davaine, dans son remarquable *Traité des entozoaires*, ne cite aucun exemple d'hydatides de la mâchoire.

B. — Dans une seconde variété, nous décrirons les kystes *néogènes* des mâchoires, c'est-à-dire ceux qui se forment en dehors d'une cavité préexistante : ces kystes sont ceux qui se produisent au-dessous du périoste dentaire soulevé de la surface de la racine à laquelle il adhère normalement. La paroi du kyste est formée par le périoste lui-même qui, d'abord détaché, subit en outre une distension avec hypergénèse de ses éléments, de manière à constituer l'étendue totale de la poche kystique. Ces kystes pourraient être appelés *sous-périostiques* ou *périostiques*. Nous préférons ce dernier terme.

Nous ferons en outre une remarque qui sera développée plus loin : c'est que, au point de vue purement pathogénique, les kystes du follicule et ceux du périoste n'ont en définitive pour sac qu'une seule et même membrane, la paroi qui clôt le follicule pendant la période embryonnaire ou infantile, devenant, par suite des progrès de l'évolution, le périoste alvéolo-dentaire, lequel, au moment de l'éruption, s'étale et se fixe à la surface radiculaire de la dent.

Les kystes de cette deuxième variété se distinguent au point de vue de leur contenu en : kystes *séreux*, kystes *méliçériques* et kystes *purulents*.

C.—Une troisième variété de kystes des mâchoires est représentée par les *kystes périgènes* (1), c'est-à-dire ceux qui ont pour centre d'évolution un corps étranger, une balle par exemple. Ce sont à proprement parler des corps étrangers des mâchoires devenues enkystés.

Nous donnons d'ailleurs ci-après un tableau de la répartition et de la classification des kystes des mâchoires.

---

(1) Les trois termes que nous employons ici : *progènes, néogènes, périgènes,* sont empruntés à la nomenclature qu'a établie M. Broca, et à ce propos nous désirons faire une remarque relativement au terme de *néogènes,* appliqué aux kystes du périoste dentaire. En effet, *néogène* suppose la formation de toutes pièces des éléments constitutifs de la paroi kystique, et cependant le périoste dentaire préexiste à l'évolution morbide. Ce kyste serait-il donc légitimement progène ? Nous ne le croyons pas ; et, de même qu'en pathogénie générale, un kyste développé sous le périoste d'un os serait un kyste *néogène,* par opposition, par exemple, à un kyste d'une bourse muqueuse ou séreuse qui sera incontestablement *progène,* de même le kyste du périoste dentaire sera *néogène* par opposition au kyste du follicule, *progène* par excellence.

TABLEAU

DES

KYSTES DES MACHOIRES.

KYSTES DES MACHOIRES.

- 1re variété, *Progènes ;* kystes folliculaires simples ou hétérotopiques.
  - de la période embryoplastique, à contenu.................
    - séreux.
    - mélicérique.
    - butyreux.
  - de la période odontoplastique, avec plaques ou grains dentinaires libres ou fixés à la paroi, à contenu.
    - séreux.
    - mélicérique.
  - de la période coronaire..... avec couronne entièrement développée, libre ou implantée dans la paroi, à contenu.
    - séreux.
    - mélicérique.
- 2e variété, *Néogènes ;* kystes périostiques, à contenu (avec ou sans cholestérine)..................................
  - séreux.
  - mélicérique.
  - purulent.
- 3e variété, *Périgènes ;* corps étrangers enkystés. (Une observation de M. Maisonneuve).

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Tout kyste des mâchoires apparaît à l'observateur sous l'aspect d'une tumeur dure, rénitente, d'un volume et d'une forme variables, siégeant le plus ordinairement sur un point quelconque de la continuité des bords alvéolaires : tantôt les régions latérales répondant aux molaires, tantôt le niveau des canines et des incisives, tantôt même la ligne médiane, comme dans l'exemple dû à M. Houel (fig. 1). Dans ces différents points, le

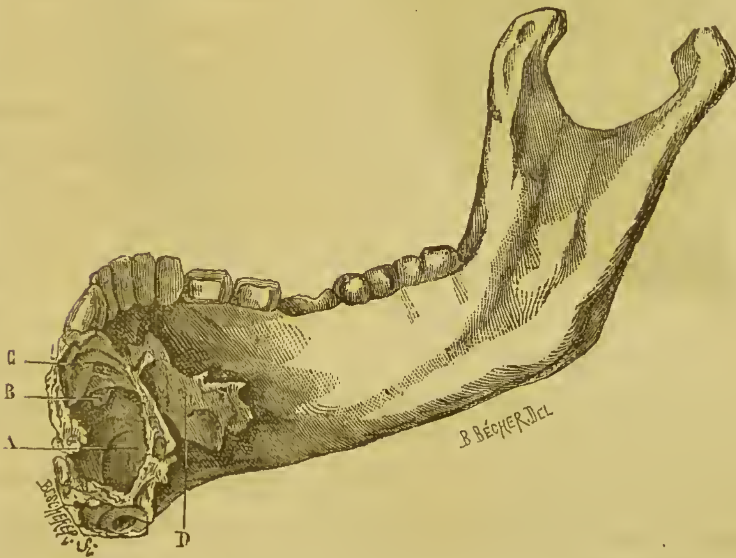


FIG. 1.

Kyste du périoste dentaire développé sur la ligne médiane au maxillaire inférieur. A, la cavité du kyste; B C, les racines des deux incisives dénudées dans le kyste ; D, la paroi postérieure de la poche renversée sur le maxillaire. (Musée Dupuytren, nº 327, D.)

kyste conserve comme siége celui qu'occupe normalement la dent qui en est le point départ. C'est le cas le plus fréquent. Toutefois, des kystes peuvent se rencontrer sur presque tous les autres points des maxillaires : on en a observé dans l'apophyse montante du maxillaire supérieur, ainsi que l'ont signalé Marjohn, Barue (1) ; dans la fosse canine, ainsi que nous en publions des exemples; dans le rebord orbitaire, comme les faits de Blasius et Dubois (2); dans la voûte l'apophyse palatine, comme dans un cas de Dupuytren (3), et dans celui dont nous donnons le dessin et qui représente un kyste folliculaire développé dans la voûte palatine chez le cheval (fig. 2).

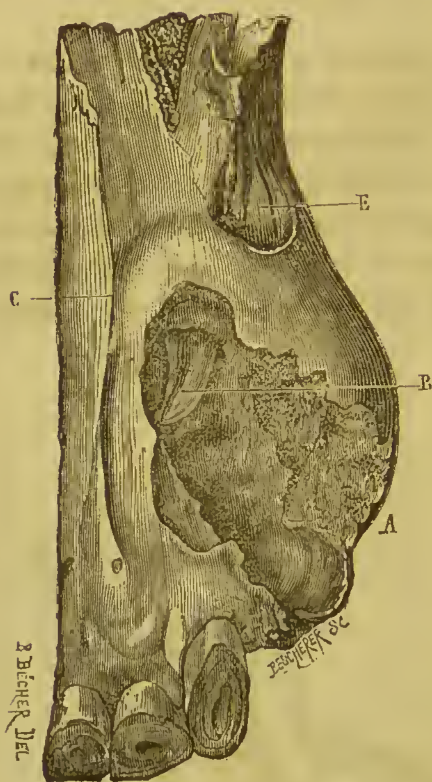


Fig. 2.

Kyste du maxillaire supérieur chez un cheval, et causé par l'hétérotopie folliculaire de la canine. A, le kyste ; B, la canine implantée au fond du sac ; C, le bord interne du kyste ; E, perforation osseuse conduisant à l'intérieur du kyste. (Figure empruntée à M. Forget. *Anomalies dentaires.*)

Dans ces dernières circonstances, les kystes sont toujours d'origine folliculaire et de nature *hétérotopique.*

A la mâchoire inférieure, notre qu'on peut rencontrer des kystes dans toute la longueur du bord alvéolaire, on en a signalé dans la branche montante, comme les faits d'Albinus et de M. Forget. Nous donnons nous-même le dessin d'un cas

(1) Thèse de Duchaussoy, 1857, p. 32.
(2) Arch. gén. de méd., 1838.
(3) Clin. chirurgicale, 2e édit., t. II, p. 135.

de ce genre que nous avons rencontré dans les collections de M. Fuzier (fig. 3).

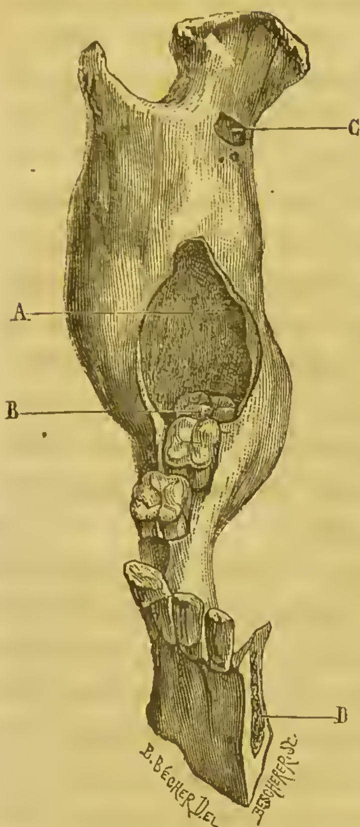


Fig. 3.

Kyste de la branche montante droite du maxillaire inférieur chez un homme de 25 ans environ. A, la cavité du kyste; B, la dent de sagesse incluse dont le follicule a été le point de départ du kyste; C, perforation accidentelle de la cavité; D, section de l'os sur la ligne médiane. (Pièce de la collection particulière du Dr Fuzier.)

Les faits de cet ordre auront presque toujours pour point de départ une anomalie de direction ou de nutrition de la dent de sagesse.

Si les kystes du follicule dentaire peuvent occuper les points les plus variés des os maxillaires, il n'en est pas de même des kystes du périoste qui ont toujours pour siége primitif le sommet d'une racine de dent adulte et au lieu de son siége normal. Il est vrai de dire, toutefois, que si le point de départ est normal, les progrès du développement morbide amènent souvent un kyste périostique à envahir les parties voisines des mâchoires ou même des régions ambiantes. Le sinus maxillaire est souvent le siége de ces envahissements de kystes périostiques des molaires supérieures. Il est toutefois utile de remarquer que, dans ces circonstances, le sinus n'est pas nécessairement ouvert par un kyste, mais refoulé dans un sens quelconque, de façon que ses parois déplacées peuvent arriver au contact, tandis que le kyste se substitue en quelque sorte en son lieu et place. A la mâchoire inférieure, un kyste périostique, parti d'un sommet de racine, s'étend ordinairement en dehors, de manière qu'il refoule et soulève les parties molles de la face ou de la région cervicale.

Tels sont les siéges divers qu'on peut reconnaître aux kystes des mâchoires. L'hypothèse du début des kystes dans le canal

dentaire ne nous paraît, ainsi que nous l'avons dit, établie sur aucun fait authentique. M. Forget l'a combattue déjà, et nous n'avons rencontré, de notre côté, aucun fait qui puisse lui donner créance. Il en est de même du début des kystes dans le tissu osseux lui-même, c'est-à-dire ayant pour point de départ une aréole osseuse ou un canal vasculaire. Cette opinion ne s'appuie sur aucune observation rigoureuse.

La forme générale des kystes des mâchoires est ordinairement ovoïde, irrégulière, présentant des bosselures, des mamelons. Ces dispositions sont dues aux divers obstacles que rencontrent les kystes pendant leur évolution, par suite de la résistance de quelques portions ou cloisons osseuses, comme les travées alvéolaires par exemple. C'est ce qui explique pourquoi les kystes se développent très-rarement dans le sens même des bords alvéolaires, mais font saillie soit en dedans de l'arcade dentaire, soit beaucoup plus fréquemment en dehors.

Les résistances qui, au sein du tissu osseux, s'opposent au libre développement d'un kyste, expliquent aussi la production de certains kystes multiloculaires qui ont été signalés, très-rarement il est vrai, dans les mâchoires (1). Ainsi une première poche kystique, d'origine soit folliculaire, soit périostique, se développant au sein du maxillaire, rencontre, par exemple, une résistance assez grande de la part d'une cloison osseuse. Elle peut traverser alors celle-ci par une aréole perméable, et de là s'épanouir de nouveau. Si le même phénomène s'est produit deux ou trois fois, on rencontre alors dans le kyste plusieurs poches qui peuvent conserver des communications entre elles, comme dans l'observation rapportée par M. Forget (2), ou devenir distinctes par suite de l'oblitération consécutive des orifices de communication.

Cette physionomie plus particulière aux kystes folliculaires n'est pas du reste constante, et on peut trouver un kyste multiloculaire formé par la réunion de deux ou plusieurs follicules contigus,

---

(1) Voy. Dupuytren, Leçons orales, *loc. cit.* 2e observation; Forget, thèse, 1840; Letenneur, Bull. de la Société de chirurgie, 1861, 21 août.

(2) Loc. cit., p. 240.

avec ou sans communication entre eux. Nous reviendrons sur ce sujet en traitant de la pathogénie.

Le volume des kystes des mâchoires est infiniment variable : les plus petits ont le volume d'un pois ou d'une noisette; on les rencontre au sommet des racines des dents adultes. Ce sont des kystes périostiques. Il peuvent même être entraînés entiers sans rupture de leur paroi, pendant l'extraction de la dent qui en est le siége. D'autres kystes ont le volume d'une amande ou d'une noix; d'autres enfin, atteignent la grosseur d'une mandarine, d'une orange, comme le kyste du périoste que nous avons récemment observé dans le service du professeur Verneuil (1). Ce volume est le plus considérable que nous ayons personnellement constaté, mais les auteurs citent des faits dans lesquels un kyste a pu atteindre jusqu'au volume du poing ou celui d'une tête d'enfant, comme dans l'une des observations de Dupuytren (2), rapportée par Adelmann (3). Ces faits sont rares, et nous devons dire qu'ils se rapportent ordinairement à des kystes folliculaires proprement dits.

D'une manière générale, les kystes du follicule survenus pendant l'enfance sont susceptibles d'acquérir un plus grand volume que les kystes du périoste qui sont exclusifs à l'adulte, chez lequel la résistance du tissu osseux, sa compacité sont plus grandes que chez l'enfant et se prêtent moins aisément au développement d'une poche kystique. Ces derniers sont aussi ceux qui présentent le plus souvent des inégalités, des bosselures de la surface, en raison encore de la plus grande résistance du tissu osseux adulte.

Quoi qu'il en soit, les kystes des mâchoires font saillie tantôt dans la bouche, tantôt à l'extérieur sous les téguments, soit plus ordinairement en même temps sous la peau de la face et sous la muqueuse, dans le vestibule de la bouche. Dans ces circonstances, d'ailleurs, le tégument muqueux ou cutané ne devient

---

(1) Voy. Barbat, loc. cit. p. 47. 1872

(2) Loc. cit., p. 140.

(3) V. Otto Weber Lehrbuch der Pathol. Anat. der Menschen und der Thiere, 1830. Berlin, tome I, p. 187.

qu'assez rarement le siége de complications. La peau ne présente, à l'occasion d'un kyste, ni changement de coloration, ni injection, ni aucune adhérence à la tumeur sous-jacente. Elle est, au contraire, souple, lisse, mobile et indépendante. La muqueuse buccale participe plus souvent de la lésion, et ordinairement on y constate une injection assez intense, parfois même des nodosités variqueuses dues à des compressions vasculaires. Une certaine exagération de vascularisation de la muqueuse deviendrait même, d'après Paget (1), un signe particulier des kystes du maxillaire inférieur.

Dans certains kystes du périoste dentaire à marche très-lente, la paroi devient le siége parfois de véritables phénomènes inflammatoires : elle se tuméfie, et il s'y forme de petits abcès qui ordinairement se vident assez promptement pour se reproduire de nouveau après un certain temps, quelques semaines ou plusieurs mois d'intervalle. Parfois même, les phénomènes inflammatoires atteignent la membrane même du kyste, la perforent, et la poche se vide en partie pour s'oblitérer de nouveau et continuer son développement, un instant suspendu. C'est dans les cas de ce genre que les kystes deviennent peu à peu purulents. En général cependant, l'indolence presque complète, l'absence de tout phénomène inflammatoire sont les caractères des kystes des mâchoires, comme d'ailleurs de tous les kystes en général.

Au-dessous de cette première enveloppe se rencontre la couche de tissu cellulaire sous-jacent, soit à la muqueuse, soit à la peau de la joue, couche qui recouvre immédiatement l'une des deux parois propres du kyste, c'est-à-dire la paroi osseuse alvéolaire distendue, amincie comme une véritable coque (fig. 4).

Cette paroi osseuse presque constante est une des caractéristiques des kystes osseux en général et en particulier des kystes des mâchoires. C'est à sa présence, ainsi que nous le verrons, qu'est dû un certain signe diagnostique, le bruit dit *de parchemin*. Cette coque osseuse, que nous disons presque constante, manque cependant dans certains cas, mais seulement par places, de sorte que sur les points où elle fait défaut, la paroi tégumentaire

---

(1) Loc. cit., p. 91.

est immédiatement en rapport avec la poche même du kyste, circonstance qui facilite d'ailleurs le diagnostic. Dans quelques circonstances spéciales cependant, la paroi osseuse, au lieu de prendre l'aspect d'une lame amincie et dépressible, garde une certaine épaisseur et une incompressibilité parfois absolue : tel est le cas déjà mentionné d'un kyste du follicule de la dent de sagesse, ayant résorbé les aréoles internes de la branche mon-

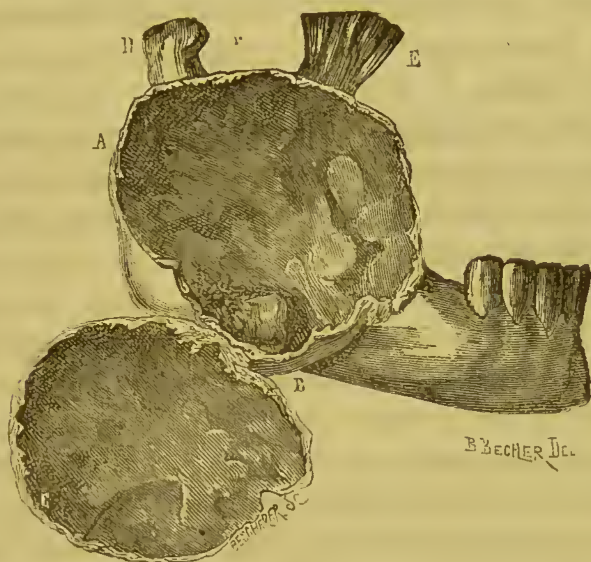


Fig. 4.

Kyste de la branche montante droite du maxillaire inférieur causé par la rétention et l'hétérotopie de la dent de sagesse. A, le kyste; B, point où la paroi osseuse a été renversée en dehors; D, le condyle; E, le muscle temporal. (Dessin emprunté à M. Forget. *Anomalies dentaires.*)

tante du maxillaire inférieur, sauf les deux parois interne et externe refoulées de chaque côté de la cavité qui occupait la totalité de la hauteur de la branche (fig. 2). Cette circonstance s'est rencontrée encore dans notre observation première et a donné lieu à des difficultés très-grandes de diagnostic.

Au-dessous de la couche osseuse se trouve enfin la paroi même ou la poche kystique. Cette poche est composée d'une membrane d'une épaisseur moyenne d'un dixième de millimètre, pouvant présenter par place des épaississements et souvent aussi des prolongements ou villosités baignant dans le liquide. Sa surface interne est lisse et brillante, laissant voir par transparence

le tissu osseux qui la recouvre. Sa surface extérieure n'adhère pas toujours au tissu ambiant, car certains kystes peuvent être énucléés en entier avec leur paroi intacte.

Cette paroi membraneuse, que nous avons toujours rencontrée dans nos observations personnelles, doit, selon nous, être considérée comme constante. On trouve cependant, dans une observation très-étendue et très-soigneuse de M. Guibout (1), cette mention que la poche osseuse n'était tapissée d'aucune membrane distincte. Nous croyons pouvoir affirmer qu'il y a ici une petite erreur d'examen. Il arrive souvent qu'à l'exploration avec le doigt d'une poche kystique. les saillies ou crêtes osseuses paraissent dures et rugueuses comme si elles étaient libres dans la cavité; mais l'étude et une dissection attentives permettent toujours de reconnaître la présence d'une membrane parfois réduite à une pellicule mince et tapissée de sa couche épithéliale ordinaire. D'ailleurs la dénudation complète du tissu osseux dans un kyste des mâchoires est un fait inadmissible; car, outre qu'une poche osseuse ne pourrait retenir une collection liquide ainsi renfermée, le tissu mis à nu éprouverait des phénomènes d'ostéite et de nécrose. Nous croyons devoir réfuter avec d'autant plus de soin cette assertion que M. Guibout, comme on sait, est l'observateur à qui l'on doit l'un des progrès les plus importants dans la question des kystes des mâchoires, la découverte des kystes folliculaires.

Au point de vue de sa structure, la paroi d'un kyste des mâchoires est composée d'une trame fibreuse lâche, formée de fibres lamineuses enchevêtrées et mélangées à des capillaires plus ou moins abondants. La vascularisation du tissu est d'ailleurs proportionnée à l'intensité des phénomènes inflammatoires lorsqu'ils se produisent. On y constate aussi par places de rares faisceaux de tubes nerveux. L'ensemble des caractères histologiques de la paroi d'un kyste se rapproche évidemment de la constitution de la paroi du follicule dentaire et de celle du périoste. La seule différence réside dans la présence à la surface de la poche pathologique d'une couche d'épithélium polyédrique

---

(1) Bullet. de la Soc. anatomique, 1847. Tome XXII, p. 391.

stratifié en deux ou trois couches superposées, composées de cellules pourvues d'un ou deux noyaux, et renfermant fréquemment de nombreuses granulations graisseuses. Ces granulations se détachent même parfois du corps de la cellule et tombent dans le liquide, où on les retrouve à l'examen microscopique sous forme de gouttes d'huile. Or, l'épithélium de la membrane d'un kyste n'a point d'équivalent dans la paroi du follicule, et moins encore dans le périoste dentaire qui adhère directement à la surface de la racine sans interposition d'aucune substance. A la face profonde du follicule dentaire, nous avons toutefois constaté et décrit, dans nos recherches avec le professeur Ch. Robin (1), une couche épithéliale; mais elle se compose dans le follicule d'une rangée continue de cellules prismatiques qui, d'après de nouvelles études, appartiendraient d'ailleurs plutôt à l'organe de l'émail qu'à la paroi folliculaire proprement dite. Si donc l'analogie de constitution anatomique est frappante entre la membrane du kyste d'une part, et la paroi folliculaire ainsi que le périoste dentaire d'autre part, il existe toutefois une différence par la genèse d'une couche épithéliale constante et de formation nouvelle à la surface du kyste.

Après l'étude de la paroi propre des kystes des mâchoires, nous devons aborder celle de leur contenu. Or ce contenu est très-variable, suivant les diverses variétés des kystes et suivant aussi l'époque de leur évolution. Le contenu d'un kyste peut se distinguer à cet égard en deux espèces : 1° la substance liquide ou semi-liquide plus ou moins épaisse qui forme la masse de ce contenu; 2° les parties solides qu'on rencontre dans la cavité, soit libres, soit plus souvent adhérentes à la paroi; nous allons les décrire successivement.

1° Le liquide contenu dans les kystes des mâchoires est le plus ordinairement clair, séreux ou visqueux. C'est ainsi qu'on le rencontre dans les kystes folliculaires et dans les kystes périostiques à marche longue et indolente. Ce liquide peut être aussi jaunâtre ou brun plus au moins foncé. Cette dernière coloration

---

(1) Voy. Genèse et développement des follicules dentaires, 1860-61. Journal de physiologie, janvier 1861, p. 61.

est ordinairement due à du sang en quantité variable. Ce sont alors des *kystes séro-sanguins.* Le liquide n'est pas toujours transparent, mais renferme des traînées blanchâtres qui lui donnent la teinte générale un peu louche. Ces traînées sont composées de lambeaux d'épithélium détachés de la paroi et mélangés avec une proportion variable de leucocytes. La quantité de liquide contenu dans les kystes des mâchoires est essentiellement variable comme leur volume même. Dans un cas, M. Dolbeau en a retiré 175 grammes : il est fréquent de trouver 50, 60, ou 100 grammes. Sa densité, lorsqu'il est purement séreux, est très-voisine de celle de l'eau, 1003 à 1005 degrés, densité du liquide des kystes séreux en général : dans les kystes méliceriques, elle peut atteindre 1015 et 1020 (1). Pour certains kystes épais, dits butyreux, la densité du contenu se rapproche de celle de la crème épaisse ou du beurre.

Etudié au point de vue chimique, le contenu d'un kyste séreux et fluide se compose environ de 900 parties d'eau pour 100 de matières solides.

Ces matières solides sont des chlorures, des sulfates, des phosphates alcalins, avec quelques substances azotées, urée, albumine, hydropisine. Cette dernière est revélée, comme on sait, par sa propriété de se coaguler par le sulfate de magnesie (Gannal). La cholestérine s'y rencontre souvent, bien qu'elle appartienne plus particulièrement aux kystes méliceriques ou aux kystes purulents et butyreux.

Dans les kystes dits *méliceriques*, le liquide est épais, filant, de consistance et d'aspect analogues à du miel ou du sirop. Cette consistance est parfois telle que l'ouverture d'un trocart explorateur ne le laisse point s'écouler et qu'il faut, soit employer l'aspirateur de Dieulafoy, soit exciser une portion de la poche. La couleur est ordinairement jaunâtre ou citrine, quelquefois rosée ou rougeâtre, par suite de la présence du sang. D'autres fois on y rencontre, comme dans les kystes séreux, des filaments blanchâtres d'épithélium et de pus, ainsi que de la cholestérine.

Au point de vue chimique, le liquide mélicerique ne diffère

(1) Voy. Robin, Leçons sur les humeurs, 1867, p. 338.

du liquide séreux proprement dit que par une augmentation considérable de la quantité d'albumine, 30 ou 50 pour 1000, d'après Robin. Cette proportion est souvent dépassée de beaucoup, et, dans le cas de kyste du périoste observé à l'hôpital Lariboisière, chez M. Verneuil, le liquide était presque exclusivement composé d'albumine, et se prenait en masse compacte sous l'action de la chaleur et de l'acide nitrique.

Quant à la présence du pus dans les kystes, elle est rare dans le cas de liquide séreux, plus commune dans ceux à liquide filant; il est parfois si abondant qu'il masque entièrement l'aspect et la composition primitifs. Le contenu apparaît alors sous l'apparence de pus blanc, crémeux et visqueux. Cet état est fréquent dans les kystes du périoste dentaire et en particulier dans ceux qui, chez l'adulte ou le vieillard, succèdent à certaines lésions traumatiques ou organiques des dents et qui, ne pouvant se développer que lentement et difficilement au sein d'un tissu osseux compacte et résistant, s'enflamment, ce qui se traduit par certaines crises intermittentes douloureuses plus ou moins vives.

Envisagé au point de vue microscopique le contenu des kystes des mâchoires nous a donné dans un certain nombre d'examens le résultat suivant :

Le liquide porté sous le microscope à un grossissement de 500 diamètres environ, permet de constater au milieu d'un liquide ordinairement transparent :

1° Des cellules épithéliales, sphériques ou pavimenteuses, détachées de la paroi et flottant dans le liquide. Ces cellules ont leur noyau ovoïde normal et un ou deux nucléoles. Souvent le contour de la cellule est irrégulier et déchiqueté, ce qui est particulier aux cellules détachées depuis longtemps et baignant dans le liquide du kyste. Leur contenu quelquefois très-granuleux peut présenter un nombre considérable de gouttelettes graisseuses, qui se retrouvent aussi dans les cellules adhérentes à la paroi.

2° On trouve dans le liquide des gouttes d'huile libres, analogues à celles qui sont renfermées dans les cellules;

3° Des leucocytes en nombre parfois faible, parfois très-

grand, surtout dans les kystes du périoste ayant provoqué une ou plusieurs crises inflammatoires;

4° Des hématies ou globules du sang à contour irrégulier, à contenu granuleux;

5° Enfin, assez fréquemment dans les kystes folliculaires ou périostiques, des cristaux plus ou moins abondants de cholestérine.

Ces différents éléments peuvent être épars dans le liquide ou groupés en plus ou moins grande quantité : tels sont les épithéliums souvent réunis aux leucocytes ou aux hématies pour former des filaments ou des lambeaux.

Dans une autre variété de contenu des kystes des mâchoires on trouve une matière épaisse, crémeuse. Cet état, signalé par les auteurs, est de beaucoup le plus rare. M. Maisonneuve en rapporte un cas qui appartenait au sinus maxilaire (1) et nous en publions une observation relative à un kyste folliculaire de la période embryoplastique, développé aux dépens d'une dent de sagesse (obs. 1).

L'examen chimique de ce contenu n'a point été fait ni dans l'observation de M. Maisonneuve ni dans la nôtre; mais, en rapprochant ces exemples d'autres kystes butyreux observés sur d'autres points de l'économie on doit les considérer comme composés de matières grasses, de caséine et de cholestérine. C'est d'ailleurs ce que nous avons reconnu à l'examen microscopique dans notre observation personnelle. Nous n'y avons point rencontré de pus.

Ainsi que nous l'avons déjà fait pressentir plus haut dans la classification des kystes des mâchoires, le plus grand nombre d'entre eux renferme fixées, sur un point de la paroi ou libres dans la cavité, des parties solides : ce sont elles qui constituent même les principaux éléments de démonstration anatomique de la nature dentaire de ces lésions; toutefois la consistance, la composition, et l'aspect de ces parties solides varient infiniment suivant la variété des kystes et suivant l'époque soit embryonnaire, soit adulte qui répond au moment du début de son développement. S'il s'agit d'un kyste folliculaire, les troubles de

(1) Clin. chir. 1863., p. 610.

nutrition qui ont déterminé la lésion ont dû coïncider, ainsi que nous l'avons vu, à l'une des trois phases de l'évolution du follicule lui-même, et les parties solides qu'on y constate seront variables suivant qu'elles correspondront à telle ou telle phase. Si le kyste a pris naissance antérieurement au début du développement de l'ivoire et de l'émail de la couronne, c'est-à-dire dans la *période embryoplastique*, les seules vestiges du follicule qu'on puisse rencontrer dans le kyste sont des lambeaux d'apparence fibrineuse, soit libres et flottant dans le liquide, soit plus souvent adhérents sur un point de la paroi. Ces lambeaux, qui ont été signalés déjà par plusieurs auteurs (Dupuytren, Dolbeau), et qu'il ne faut pas confondre avec les villosités de la paroi, rappellent ordinairement par leur structure la composition du bulbe dentaire, c'est-à-dire un tissu embryoplastique composé de noyaux, de corps fusiformes inclus dans une matière granuleuse parcourue par des vaisseaux et des nerfs (1). L'organe de l'émail, très-fragile et non vasculaire, ne s'y retrouve pas; il est rapidement détruit et résorbé. Quant à l'organe du cément qui ne figure pas dans la constitution du follicule humain, il joue un rôle important dans le follicule des herbivores et peut-être donnerait-il l'explication de la présence de ces masses osseuses, qui se rencontrent dans certains kystes observés chez les animaux domestiques. Nous n'avons point de document assez précis sur ce point, mais nous verrons tout à l'heure comment on peut se rendre compte du mécanisme de formation de certaines plaques osseuses, qu'on observe sur la paroi de certains kystes des mâchoires chez l'homme.

Dans la deuxième variété des kystes folliculaires, ou de la période *odontoplastique* dont le début d'apparition correspond au moment où a commencé la genèse de l'ivoire et de l'émail, on

---

(1) L'exagération de ce phénomène de productions fibro-plastiques constitue dans certains cas une véritable masse due à l'hypergénèse des éléments du bulbe et produit en réalité une tumeur qui rentre dans la classe des *odontomes embryoplastiques* de Broca. La lésion n'est plus un kyste mais un odontome enkysté. Nous en avons tout récemment observé un cas très-curieux dans le service du professeur Verneuil à l'hôpital de Lariboisière; la tumeur, offrant tous les caractères d'un kyste et diagnostiquée telle fut trouvée remplie d'une masse molle composée d'éléments se rattachant évidemment à la constitution du bulbe.

ne retrouve plus de lambeaux mous, mais des grains durs, arrondis et mamelonnés ou disposés par plaques *ossiformes*, appliquées et fixées sur un point de la paroi. Ces grains ou ces plaques, dont la présence a été signalée par plusieurs auteurs (1) et dont nous avons pu étudier un fragment provenant d'un kyste du maxillaire supérieur, paraissent être composés d'une base osseuse recouverte de traînées d'ivoire, lequel est recouvert par places d'un revêtement d'émail. On pourrait admettre qu'il ne s'agit alors, à proprement parler, que d'un *odontôme* de la période *odonto-plastique* compliquant un kyste. La présence de l'ivoire et de l'émail s'explique d'ailleurs aisément. Quant à celle de l'os, nous sommes peu disposé à admettre qu'il soit représenté par un fragment du maxillaire. La production du kyste dans l'intérieur du sac exclut ce mécanisme, et nous croyons que les plaques osseuses résultent de l'ossification directe de la paroi folliculaire devenue paroi kystique, mais restant susceptible d'accomplir une fonction ostéogénique, qu'elle remplit d'ailleurs normalement lorsque le sac folliculaire, parvenu au moment de l'éruption des dents, s'étale à la surface de la racine où il devient le centre de développement du *cément* ou *cortical osseux*.

Dans la troisième variété des kystes folliculaires, kystes de la période *coronaire*, on trouve lorsqu'on explore l'intérieur de la poche avec un stylet, un corps dur, sonore, fixé le plus ordinairement dans un point de la paroi et qu'il est facile de reconnaître pour une couronne véritable.

Si l'on vient à détacher cette couronne et qu'on la retire du kyste, on constate qu'elle est en général petite, difforme ou

---

(1) C'est à des faits de ce genre que se rapportent plusieurs descriptions des auteurs anciens : ainsi Bordenave et Dupuytren signalent des masses adhérentes à la paroi et qu'ils comparent à de la *moelle durcie* et de l'*adipocire*. P. Boyer, dans une note additionnelle au *Traité des maladies chirurgicales* de son père (t. VI, p. 141), les reconnaît aussi et ajoute qu'on doit les attribuer à des germes dentaires ossifiés et arrêtés dans leur développement. Cartwright cite un kyste dont la paroi était calcifiée (Guy's hospital reports, 3e série, vol. V, p. 328). Enfin, Broca (Traité des tumeurs, t. II, p. 36) signale dans un kyste l'existence d'une masse composée de grains dentinaires.

atrophiée, rappelant assez bien la physionomie particulière aux dents dites *surnuméraires*.

La racine, qui sert de mode d'implantation est courte, arrondie, atrophiée comme la couronne. Elle est contenue dans toute sa longueur dans l'épaisseur de la paroi même, et c'est de son collet, point où commence la couronne, qu'on voit nettement se détacher comme une collerette la paroi qui constitue le sac kystique.

Cette disposition qui est la plus ordinaire pour les kystes folliculaires de la période coronaire, n'est cependant pas constante, et dans quelques exemples on a rencontré des dents détachées et libres dans la cavité. Cette circonstance est due, ainsi que nous le verrons plus loin, à ce que le début du kyste répond à un moment antérieur à la formation du petit tronçon de racine que l'on trouve à la période plus avancée ; la couronne manquant alors de soutien suffisant, se détache et tombe dans la poche. Dans quelques autres circonstances, on trouve deux dents tantôt adhérentes toutes deux à la paroi comme dans l'observation de Marjolin, tantôt l'une libre, l'autre adhérente comme dans un cas que nous a signalé M. Robin.

Quant à la physionomie des dents elles-mêmes, nous avons déjà dit quelles étaient ordinairement petites, difformes, atrophiques ; quelquefois cependant on trouve dans un kyste des dents normalement développées. E. Nélaton en rapporte un exemple (1).

La structure des dents contenues dans un kyste nous a paru normale, l'émail et l'ivoire y sont régulièrement constitués sauf les inflexions ou modifications de forme diverses que subissent les couches de tissus en rapport avec la forme extérieure. Le canal dentaire est perméable et livre passage aux vaisseaux et nerfs qui vont alimenter une pulpe ordinairement très-réduite de volume dans les couronnes avortées. Enfin la racine fort courte, rudimentaire, a la forme d'un petit moignon arrondi et plus ou moins conique. Elle est, comme nous l'avons vu, fixée dans la paroi où elle est plongée jusqu'au collet de la couronne d'où se détache et s'étale la poche kystique. Quelquefois cette racine rudi-

(1) Bullet. de la Soc. anat., 1856. 2e série, t. I, p. 489.

mentaire présente des traces de résorption analogue à celle qu'on observe physiologiquement aux dents temporaires et ainsi qu'on la retrouve également dans les dents contenues dans les kystes dermoïdes de l'ovaire. Cette résorption dans un kyste folliculaire des mâchoires peut encore expliquer la chute d'une couronne dans les poches. Dans aucun cas on ne peut rencontrer de dents cariées dans un kyste. Cette assertion a été toutefois émise à propos de ces altérations particulières que nous venons de signaler; elle doit être, ainsi que nous le dirons plus loin, considérée comme absolument erronée.

Si nous envisageons maintenant la deuxième espèce de kystes des mâchoires, c'est-à-dire les kystes périostiques au point de vue des parties solides qu'on peut y rencontrer, nous arrivons aux données suivantes : Aussitôt qu'on a pratiqué l'ouverture d'un kyste du périoste, quelle que soit d'ailleurs la nature du liquide contenu, l'exploration pratiquée au moyen d'un stylet ou d'une sonde, permet de reconnaître sur un point de la cavité la présence d'un corps dur ordinairement inégal et rugueux. Si on examine à quel point de l'arcade alvéolaire correspond la présence de ce corps dur, on reconnaît aisément qu'il ne peut être représenté que par la racine d'une des dents de la région correspondante, soit que cette dent se présente intacte et saine, soit qu'elle offre la trace d'une carie antérieure, ayant envahi et détruit une partie plus ou moins étendue de la couronne. L'exploration de la cavité kystique pratiquée sur toute la surface de la poche ne rencontre aucune autre partie dénudée. La racine de la dent est la seule portion libre, et si l'ouverture est assez large pour y introduire le doigt, on reconnaît que cette racine présente son sommet entièrement dépouillé de son périoste, couvert d'aspérités plus ou moins nombreuses, parfois même tout à fait aiguës.

A ce propos, nous devons rappeler l'assertion de quelques auteurs qui, ayant rencontré dans certains kystes des racines ainsi modifiées dans leur forme, ont ajouté que les racines observées dans ces circonstances étaient *cariées*. Nous ne saurions trop nous élever contre cette hypothèse. Il ne s'agit pas ici de *carie*, lésion qui ne saurait en aucun cas se produire dans une

cavité close, à l'abri des conditions et des influences de la cavité buccale. Cet aspect irrégulier et déchiqueté d'une racine dénudée dans un kyste est, en tous points, analogue au phénomène de résorption graduelle qui s'opère physiologiquement à l'époque de la chute des dents temporaires, et pathologiquement dans certaines lésions du périoste ou du cément (1).

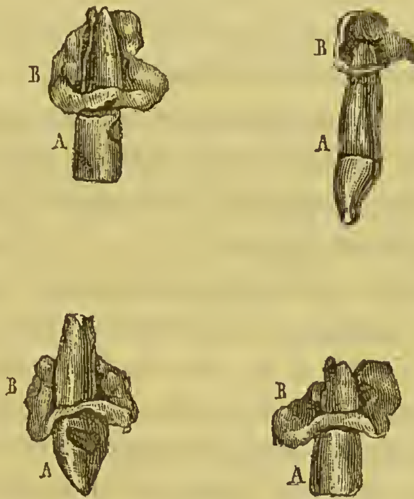


Fig 5.

Plusieurs types de kystes du périoste dentaire. A, la couronne ; B, le point des racines où le périoste, soulevé de la racine, se détache de celle-ci pour constituer la paroi kystique. Le sommet des racines présente les traces d'une résorption plus ou moins marquée.

Cette résorption est vraisemblablement primitive et précède la formation du liquide. Elle répond aux premiers troubles qui surviennent dans les fonctions du périoste. Plus tard, alors que la racine plonge dénudée dans le liquide, toujours alcalin d'ailleurs, on ne saurait admettre un phénomène de dissolution de la part de celui-ci, et nous croyons que lorsque cette résorption a été effectuée par l'intermédiaire du périoste, elle s'arrête à un

(1) Voy. notre *Traité de la carie dentaire*, étiologie et expériences, 1867 p. 139 et suiv.

Magitot.

ertain degré qui reste stationnaire dès lors que le liquide a commencé à se former et pendant toute la durée du kyste.

Dans tous les cas, si après avoir ouvert le kyste par la résection d'un segment de la paroi, on vient à extraire la dent ou la racine qui en est le point de départ, on reconnaît immédiatement qu'une communication existe entre l'alvéole de celle-ci et la cavité kystique. De plus, la racine, examinée à son tour, permet d'établir clairement que le sommet est dénudé et libre jusqu'au point où le périoste, conservant son adhérence à la surface du cément radiculaire, s'étale de là, de même que nous l'avons vu pour la paroi du follicule dans les kystes folliculaires, et constitue le sac lui-même, tandis que le sommet de la racine, dépourvu de ce périoste, baigne dans le liquide.

Ces considérations anatomo-pathologiques touchant les kystes périostiques, s'appliquent particulièrement aux cavités d'un certain volume; mais il est un certain nombre de kystes qui restent très-petits et qui, à part les symptômes et les signes qui en décèlent l'existence, n'apparaissent directement qu'à l'extraction de la dent ou de la racine qui en est porteur. On observe alors, au sommet de la racine, une petite poche tantôt restée intacte, tantôt déchirée, et qui représente le kyste lui-même. Bordenave (1), Runge (2), Delpech (3), en citent des exemples, et nous en donnons une observation complète Ce sont ces kystes qui, conservant un volume restreint et se développant très-lentement, donnent lieu ordinairement à des douleurs assez vives. Ils contiennent du pus et de la cholestérine.

Maintenant que nous venons d'examiner l'état des parties dans les kystes folliculaires et dans les kystes périostiques, il ne nous reste plus qu'à dire un mot des kystes dits *périgènes*, ou développés autour d'un corps étranger. Nous n'en connaissons d'ailleurs que le seul exemple déjà cité et emprunté à la clinique de M. Maisonneuve. Dans tous les kystes de ce genre, le corps étranger,

(1) *Loc. cit.* Thèses de Haller.
(2) *Loc. cit.*, t. III, p. 442.
(3) *Loc. cit.*, p. 237.

souvent une balle de plomb, est immédiatement contigu à une membrane de formation accidentelle, de constitution fibreuse et tapissée d'un épithélium pavimenteux. Il n'y a que peu ou point de liquide, et le kyste se trouve constitué, comme contenant, de sa poche accidentelle et, comme contenu, du seul corps étranger, point de départ de la néo-formation.

IV. Etiologie, statistique et pathogénie des kystes des machoires.

Les considérations que nous allons présenter, dans cette partie de notre travail, ont pour objet : 1° l'étude des conditions diverses dans lesquelles se produisent les kystes des mâchoires ; 2° l'examen des proportions relatives de la lésion, à l'égard du nombre des sujets atteints, de l'âge, du sexe, du siége particulier, etc.; 3° enfin, le mécanisme de production de l'altération.

Ainsi que nous l'avons déjà dit au commencement de ce travail, notre but est d'établir, au point de vue du mode de développement de cette maladie, une théorie spéciale fondée sur un ensemble d'observations en nombre suffisant et d'un caractère assez déterminé. Or, comme nos faits personnels sont en définitive fort restreints, nous devons chercher dans les relations enregistrées dans la science les documents nécessaires à établir notre doctrine. C'est dans ce but que nous avons résolu de présenter ici un résumé des principales observations que nous avons pu recueillir.

Nous le ferons dans la forme la plus concise en cherchant à dégager de chaque fait les conditions principales de son développement et son caractère particulier. Puis de cette étude d'ensemble nous présenterons quelques déductions au point de vue étiologique et pathogénique.

EXAMEN ANALYTIQUE DES PRINCIPALES OBSERVATIONS DE KYSTES DES MACHOIRES (1).

1. SCULTET. 1654 (Armentarium chirurgicum..., p. 222). — Femme adulte; kyste du maxillaire supérieur; *périostique*.

2. SCULTET. 2e fait (Eod. loc., p. 228). — Femme adulte; kyste du maxillaire supérieur; *périostique*.

Dans ces deux faits la nature périostique nous paraît établie par cette circonstance que la maladie a pris naissance à la suite de caries de dents correspondantes.

3. RUNGE. 1755 (Thèses chirurg. de Haller, éd. française, t. I, p. 140). — Homme 20 ans: kyste du maxillaire inférieur; *périostique*.

Le début du kyste coïncida manifestement avec la carie de la première molaire correspondante.

4. RUNGE. 2e fait (Eod. loc., p. 143). — Femme adulte; kyste du maxillaire inférieur; *périostique*.

La tumeur fut ouverte par les alvéoles de deux molaires cariées dont ou pratiqua l'extraction, et la poche du volume d'un œuf fut pansée et guérie par cette voie.

5. BORDENAVE. 1768 (Mém. de l'Acad. roy. de chirurgie, t. IV, p. 329 et suiv.). — Homme 19 ans; kyste du maxillaire supérieur; *périostique*.

Cette observation contient ce détail que, après l'ouverture du kyste, une molaire fut extraite dont les racines altérées plongeaient dans la poche et dont l'alvéole donna issue au liquide.

6. MORELOT. 1774 (Mém. de l'Acad. roy. de chirurgie, t. V, p. 352). — Homme 20 ans; kyste du maxillaire inférieur occupant l'épaisseur de la branche montante; *folliculaire*.

La nature folliculaire du kyste n'est pas douteuse ; l'autopsie fut faite et l'on trouva une dent molaire (la troisième probablement) incluse

(1) Nous n'avons pas la prétention d'avoir réuni ici toutes les observations de kystes des mâchoires qui figurent dans les auteurs, et malgré les soins et l'attention que nous avons apportés à ce relevé, bien des faits ont pu nous échapper. Quoi qu'il en soit, nous sommes arrivé à réunir un chiffre déjà important de *cent* observations, et nous pensons pouvoir donner ainsi à nos considérations une signification et une valeur suffisantes. Nous n'avons pas tenu compte des affirmations simples de tel ou tel auteur disant qu'il a rencontré dans sa pratique un certain nombre d'observations de kystes. Les seuls cas relevés sont ceux qui étaient présentés avec quelques détails par des observateurs qui ont une certaine autorité scientifique ou ceux qui avaient pour garantie une pièce anatomo-pathologique.

dans la cavité qui avait le volume d'un œuf de poule. Il y avait aussi dans la poche des masses dures, analysées chimiquement par Tenon, et qui furent trouvées de nature calcaire. Cette circonstance rapprocherait la lésion des *kystes folliculaires odontoplastiques*.

7. JOURDAIN. 1778 (Maladies de la bouche, t. I, p. 312). — Homme adulte; kyste du maxillaire supérieur; *périostique*.

8. JOURDAIN. 2e fait (Eod. loc., p. 313). — Homme adulte; kyste du maxillaire supérieur; *périostique*.

Dans ces deux observations très-analogues l'une à l'autre, l'origine dentaire ne faisait aucun doute et la guérison fut obtenue par l'extraction de deux dents dont les racines plongeaient dans le kyste et par des pansements ultérieurs pratiquées par cette voie.

9. JOURDAIN. 3e fait (Eod. loc., p. 125). — Fille de 13 ans; kyste du maxillaire supérieur; *folliculaire*.

Le kyste, qui était d'un volume considérable, s'était produit au point correspondant à une incisive permanente qui n'avait pas paru. Le reste de l'arcade dentaire était normal. Une des deuts voisines ayant été extraite, on pénétra par là dans la poche et l'on put rencontrer l'incisive anormalement conformée, adhérente à la paroi.

10. BARNES. 1813 (London, medic. chir. trans., t. IV, p. 316). — Homme 17 ans; kyste du maxillaire supérieur siégeant dans le rebord orbitaire; *folliculaire*.

La tumeur était congénitale. Stationnaire depuis la naissance elle prit depuis cinq ans un développement rapide; elle a le volume du poing; l'œil, le nez sont refoulés. La poche ayant été ouverte, on y trouva deux loges communiquant l'une à l'autre ; la première renfermait une matière jaune lardacée; la seconde, un liquide laiteux avec caillots jaunes, et sur un point de cette dernière était implantée une deut surnuméraire, du collet de laquelle partait la paroi du kyste. L'arcade dentaire était au complet.

11. DUBOIS. 1818 (Cité par Boyer, Maladies chir., t. VI, p. 140). — Garçon 17 ans; kyste du maxillaire supérieur occupant le rebord orbitaire; *folliculaire*.

Le kyste contenait une canine dont la forme et le volume étaient normaux.

12. MARJOLIN. 1818 (Cité par Duchaussoy, Thèse de concours 1857, p. 32). — Kyste du maxillaire occupant la voûte palatine; *folliculaire*.

Le kyste contenait deux dents qui purent être extraites avec une pince.

13. LISTON. 1821 (Observation et pièce in Museum of royal college of surgeons, London, n° 1033). — Homme adulte; kyste du maxillaire inférieur, nature restée douteuse.

Ce kyste répondant, comme centre, à peu près au point occupé par la dent de sagesse, avait envahi le tiers postérieur de la branche horizontale et les deux tiers de la branche montante. Son volume est celui du poing. Sa nature est indéterminable, ce qui nous paraît dû à ce que, avant de pratiquer la résection de l'os, on avait passé au travers de la tumeur un séton qui a dû en modifier singulièrement le contenu. Les dents molaires manquent sur la pièce.

14. CUZACK. 1826 (Dublin hospital reports, vol. IV, p. 29). — Femme 30 ans; kyste du maxillaire inférieur; nature restée douteuse.

Cette observation très-incomplète est relative à une tumeur occupant la moitié du maxillaire inférieur et la totalité de la brache montante divisée en un grand nombre de loges communiquant ensemble. Pas de renseignements sur le système dentaire.

15. DUPUYTREN. 1833 (Leçons orales, 1re édition, t. III, p. 2, observation 1re). Fille 7 ans; kyste du maxillaire supérieur; *folliculaire.*

Cette observation nous paraît se rapporter à des épanchements par traumatisme au centre d'un ou de plusieurs follicules de seconde dentition. A l'ouverture de la poche, il s'écoula un flot de sang noirâtre et on trouva une matière molle, se laissant facilement déchirer. L'opération fut suivie de mort.

16. DUPUYTREN. 2e fait (Eod. loc., obs. II). — Homme 20 ans; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire.*

L'observation relate la présence dans le kyste d'une masse fibro-celluleuse dont l'ablation fut suivie de guérison. Ce détail nous autorise à classer ce fait dans les kystes folliculaires embryoplastiques.

17. DUPUYTREN. 3e fait (Eod. loc., obs. III). — Femme 20 ans; kyste du maxillaire inférieur; *périostique.*

La nature dentaire de ce kyste fut reconnue par Dupuytren, qui fait remarquer que la maladie a débuté après une tentative infructueuse d'extraction d'une dent cariée correspondante.

18. DUPUYTREN. 4e fait (Eod. loc., obs. IV). — Jeune homme 15 ans; kyste du maxillaire supérieur, nature restée douteuse.

Observation évidemment relative à un kyste, mais sans détails suffisants. Aucune mention n'est faite de l'état du système dentaire.

19. DUPUYTREN 5e fait (Eod. loc., obs. V). — Garçon 15 ans; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire.*

Le kyste contenait une matière fibreuse à caractère végétant et que Dupuytren compare aux corps fibreux de l'utérus. Ce détail joint à a

circonstance de l'âge du sujet permettrait d'admettre la nature folliculaire embryoplastique du cas.

20. DUPUYTREN (Eod. loc., obs. VI). — Homme adulte; kyste du maxillaire inférieur, caractère douteux.

21. DUPUYTREN (Eod. loc., obs. VI). — Homme adulte; kyste du maxillaire inférieur; caractère douteux.

Ces deux dernières observations manquent de détails suffisants pour en établir la signification. Il n'est fait aucune mention de l'état du système dentaire.

22. LOIR (Clinique de Dupuytren, 2e édition, t. II, p. 135). — Kyste du maxillaire supérieur siégeant dans l'apophyse palatine; folliculaire.

La pièce anatomique présentée à la clinique de l'Hôtel-Dieu contenait « *une dent renversée.* »

23. LOMBARD. 1836 (Thèse de Montpellier, nº 90). — Femme 27 ans; kyste du maxillaire supérieur faisant saillie dans le sinus maxillaire; *périostique.*

Bien que figurant dans cette thèse relative aux kystes du sinus maxillaire, le cas nous paraît évidemment de nature dentaire et d'origine *périostique.*

25. HAWKINS. 1838 (London medical Gazette, p. 473). — Femme 45 ans; kyste du maxillaire inférieur; caractère douteux.

Kyste du volume du poing contenant 4 onces de liquide clair. La malade, opérée par la résection, mourut d'érysipèle. Pas de renseiments touchant l'état du système dentaire.

26. BLASIUS. 1838 (Arch. génér. de médecine, 3e série, t. II, p. 108). Kyste du maxillaire supérieur siégeant dans le bord orbitaire; *folliculaire.*

Le fait est indiqué comme une hydropisie du sinus causée par une canine surnuméraire occupant la face orbitaire de l'os. Nous croyons qu'il s'agit ici d'un kyste folliculaire ayant refoulé le sinus.

27. SYME. 1838 (Arch. gén. de med., 3e série, t. III, p. 470). — Femme 31 ans; kyste du maxillaire supérieur occupant la fosse sous-orbitaire; *folliculaire.*

La poche renfermait la couronne d'une dent et en outre des concrétions ou sortes de cristallisations terreuses fixées à la paroi.

28. DUPUYTREN. 1839 (2e édition des Leçons orales, t. II, p. 146). — Fille 16 ans; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire.*

La poche située vers l'angle de la mâchoire contenait une masse d'apparence fibro-cellulaire blanchâtre, et la paroi osseuse présentait des

saillies considérables logées dans des dépressions correspondantes de la tumeur. Il nous paraît évident qu'il s'agit ici d'un kyste du follicule de dent de sagesse, à la période embryoplastique.

29. DUPUYTREN. 1839 (Eod. loc., p. 135). — Homme; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire*.

Le sujet qui était jeune portait une tumeur énorme qui, à l'ouverture, fut trouvée remplie de « *globes inégaux, irréguliers, en nombre étonnant, très-durs et d'apparence osseuse ou crétacée analogues à des morceaux de mâchefer.* » Ces détails ont déjà fait supposer à M. Broca qu'il s'agit ici d'un kyste folliculaire odontoplastique. Nous acceptons complètement cette interprétation.

30. FORGET. 1840 (Thèses de Paris, n° 156, p. 19).—Femme 30 ans; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire*.

La tumeur enlevée par résection fut ouverte et l'on trouva une dent que l'auteur crut être la dernière molaire.

31. FORGET. 2e fait (Eod. loc., p. 31).—Femme 44 ans; kyste du maxillaire inférieur; *périostique*.

Le début de la maladie répondait à une époque où plusieurs dents correspondantes furent frappées de carie et donnèrent lieu à des fluxions.

32. GLASWALD. 1844 (De Tumore quodam utriusque antri Hygmori perversa dentium formatione exorto, Gryphiæ). — Femme 38 ans; kyste du maxillaire supérieur faisant saillie dans le sinus; *périostique*.

Cette observation est relative à la présence de deux kystes développés chez le même sujet, l'un à droite, autour de la canine, l'autre à gauche, autour d'une prémolaire. Les deux kystes presque symétriques étaient de nature périostique.

33. GUIBOUT. 1847 (Union médicale, p. 449 et suiv.). — Femme 51 ans; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire*.

La tumeur, dont le début remontait à vingt ans, répondait au siége de la dernière molaire ou dent de sagesse qui n'avait jamais paru et fut trouvée incluse et adhérente au fond du sac.

34. GUIBOUT. 2e fait, 1847 (Bulletin de la Soc. anat., t. 22, p. 391).

Présentation d'une pièce anatomique, pas d'observation; fait resté obscur.

35. WILKS. 1847 (Guy's hosp. rep., 2e série, vol. V, p. 163). — Femme 18 ans; kyste du maxillaire inférieur; *périostique*.

La tumeur qui existait depuis six ans fut enlevée par résection. On trouva quatre ou cinq kystes consistant « *en autant d'alvéoles dentaires dilatés et renfermant chacun une racine dénudée.* » Le liquide était muqueux.

36. WORMALD. 1850 (Lancet, p. 756). — Jeune garçon de 14 ans; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire.*

37. FERGUSSON. 1850 (Lancet, p. 777).—Homme 50 ans; kyste du maxillaire supérieur; *périostique.*

L'apparition de la tumeur survint après de fréquents maux de dents et la destruction de plusieurs d'entre elles par la carie. Le kyste fut incisé et il s'écoula un liquide visqueux sanguinoleut.

38. FERGUSSON. 2e fait (Eod. loc.).—Femme 26 ans; kyste du maxillaire supérieur; *périostique.*

Les première et troisième molaires, la première bicuspide sont détruites par la carie, et à la suite de la chute des couronnes, une tumeur prit naissance; incisée, elle donna issue à un liquide muqueux avec plaques de cholestérine.

39. MALGAIGNE. 1852 (Ann. de chirurgie, t. XII, p. 52). — Femme 34 ans; kyste du maxillaire inférieur; *périostique.*

La tumeur était survenue à la suite de la carie des molaires correspondantes réduites à l'état de débris.

40. FORGET. 1853, 3e fait (Mém. de la Soc. de chirurgie, p. 230). — Fille 15 ans; kyste du maxillaire inférieur; nature restée douteuse.

Le kyste était multiloculaire; il avait débuté à l'âge de neuf ans. La nature n'est pas déterminée d'une manière précise; les indications relativement à l'état du système dentaire sont incomplètes. Toutefois ce détail que « le tissu des gencives étendu et durci offre dans son épaisseur plusieurs dents dont l'une plonge à l'intérieur du kyste et baigne dans le liquide, » nous permet de soupçonner l'origine dentaire et porterait, en raison de l'âge du malade, à classer le fait dans les kystes folliculaires.

41. GOSSELIN. 1855 (Gazette des hôpitaux, p. 529).—Femme 25 ans; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire.* X

La tumeur, du volume du poing, était développée au voisinage de la région parotidienne. Les dents étaient en place, sauf la dent de sagesse inférieure du côté correspondant qui n'avait pas paru. A l'ouverture de la poche on ne trouva pas de dents, mais des productions fibreuses qui n'ont pas été examinées. Ce détail toutefois ne nous laisse pas de doute sur la nature folliculaire embryoplastique du kyste.

42. E. NÉLATON. 1856 (Bulletin de Soc. anatomique, 2e série, t. I, p. 489). — Garçon 16 ans; kyste du maxillaire supérieur; *folliculaire.*

Le kyste contenait une canine surnuméraire de volume normal et des grains dentinaires, des plaques et concrétions ossiformes accompagnées de globes épithéliaux.

43. MAYOR fils, de Genève. 1856 (Bulletin de la Soc. de chirurgie, 15 octobre). — Homme; kyste du maxillaire supérieur faisant saillie dans le sinus; *périostique.*

Ce kyste dont l'apparition fut consécutive à la fracture de deux molaires dans une tentative d'extraction, était multiculaire; il occupait le sinus qu'il avait refoulé. L'origine dentaire n'est pas douteuse.

44. HOUEL. 1857 (Anat. patholog., p. 603). — Kyste du maxillaire inférieur siégeant sur la ligne médiane; *périostique.*

Il s'agit ici d'une pièce du musée Dupuytren, n° 327 D. et représentée plus haut fig. 1.

45. ROBERT ADAMS. 1857 (Dublin hosp. Gaz., vol. IV, p. 166). — Homme 36 ans; kyste du maxillaire inférieur; nature indéterminée.

Kyste multiloculaire composé de vingt loges communiquant entre elles. L'observation relate qu'antérieurement, au début de la maladie, la première molaire avait été extraite. Il y avait ébranlement de la seconde et des deux prémolaires. Il n'est point fait mention de la dent de sagesse. Les cavités kystiques contenaient un liquide albumineux teint en rouge.

Cet observateur rapporte dans le même recueil un autre fait sous le nom de kyste, mais c'est un enchondrome enkysté.

46. COOTE. 1857 (Lancet, 10 octobre). — Homme 70 ans; kyste du maxillaire inférieur; *périostique.*

Le kyste, qui était multiloculaire, parut évidemment dû « *à des irritations dentaires.* » L'extraction de plusieurs dents cariées donna issue au liquide par les alvéoles. Les racines étaient altérées et dénudées.

47. BARUE cité par DUCHAUSSOY. 1857 (Eod. loc., p. 32). — Kyste du maxillaire supérieur; *folliculaire.*

Le kyste qui occupait le bord orbitaire contenait une dent.

48. OTHON VITALIS. 1858 (Bulletin de la Soc. anat., p. 526). — Femme 35 ans; kyste du maxillaire supérieur; *périostique.*

Le kyste ayant été exploré après ponction, on trouva une racine dénudée plongeant dans la cavité.

49. DOLBEAU. 1858 (Bulletin de la Soc. anat., p. 52). — Kyste du maxillaire supérieur, caractère douteux.

La poche contenait une substance analogue à du mastic. Cette circonstance serait de nature à rapprocher le fait des kystes butyreux.

50. CHASSAIGNAC. 1859 (Bulletin de la Soc. de chirurgie, 16 mars). — Femme 20 ans; kyste du maxillaire inférieur; *périostique.*

L'auteur présente cette observation comme un kyste *sous-périostique* communiquant avec l'alvéole d'une dent, circonstance qui nous paraît établir la nature périostique.

51. SALTER. 1859 (Guy's hospital reports, 3e série, vol. V, p. 325). —Femme 18 ans; kyste du maxillaire supérieur; *folliculaire.*

La tumeur occupait la fosse-canine au-dessus de l'incisive centrale gauche temporaire qui persistait. L'incision fit sortir un liquide séreux. A l'examen de la poche on reconnut une cavité irrégulière sur un point de laquelle était implantée l'incisive permanente qui manquait à l'arcade dentaire.

52. FISCHER D'ULM. 1859 (Wurtemb., Zeitchrift Wundarzte, Heft 3). —Homme 25 ans; kyste du maxillaire supérieur; *périostique.*

Kyste volumineux ayant envahi par refoulement le sinus maxillaire avec proéminence de la tumeur sur la face au niveau de la fosse canine. Des ponctions font couler un liquide fluide, inodore, séro-sanguiuolent. Le malade étant mort de dysentérie, on constata à l'autopsie un kyste partant de la racine de la deuxième molaire. Le périoste de celle-ci était décollé, soulevé et formait la paroi du sac.

53. FISCHER D'ULM. 1859, 2e fait (Eod. loc.). — Femme 35 ans; kyste du maxillaire supérieur; *périostique.*

Tumeur du volume d'un œuf de poule ayant envahi l'antre d'Hygmore. Les première et deuxième molaires sont cariées. L'extraction de la première est faite sans difficulté; celle de la seconde s'accompagna d'une sensation et d'un bruit particuliers, puis l'on vit à la pointe de la racine interne de cette molaire un appeudice membraneux long d'un quart de pouce, mince, blanchâtre, et qui représentait, une fois étalé, environ la moitié de l'étendue de la poche kystique, l'autre moitié fut arrachée avec des pinces.

54. FISCHER D'ULM. 1859 (Eod. loc.). — Femme 24 ans; kyste du maxillaire supérieur; *périostique.*

Kyste ayaut refoulé le sinus maxillaire et partant d'un sommet de racine dentaire; la tumeur ayant été ouverte, on put enlever avec une pince un lambeau assez étendu de la paroi, le reste fut entraîné avec la dent elle-même.

55. TOMES. 1859 (System of dental surgery, p. 204). — Fille 16 ans; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire.*

La tumeur qui occupait le point correspondant à la deuxième molaire était volumineuse, fluctuante, et après l'avoir ponctionnée plusieurs fois, le chirurgien se décida à extraire cette molaire, un peu ébranlée d'ailleurs. L'explication du kyste apparut alors : cette molaire portait dans l'intervalle de ses racines et adhérente entièrement à celle-ci la troisième molaire en voie d'évolution. L'origine dentaire n'était pas douteuse, et nous pensons qu'on peut considérer ce fait comme un kyste folliculaire de la dent de sagesse.

56. PAGET. 1860 (Cité par Heath; medic. gaz., 1er septembre). — Femme 48 ans; kyste multiloculaire ayant récidivé trois

fois après des ponctions successives. Observation très-incomplète et à caractère douteux.

57. E. MAGITOT. 1860 (Mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire, p. 62). — Femme 39 ans; kyste du maxillaire supérieur; *périostique.*

Le kyste, du volume d'une amande, a été entraîné entier, sans déchirure, avec une racine de canine au sommet de laquelle il était fixé.

58. GOSSELIN. 1860 (Bulletin de la Soc. de chirurgie, 185). — Femme 22 ans; kyste du maxillaire inférieur; *périostique.*

A l'autopsie de la malade, morte de fièvre typhoïde intercurrente, on trouva dans le kyste les racines dénudées de la deuxième bicuspide et de la première molaire profondément cariées.

59. COOTE. 1861 (Lancet, t. I, p. 207). — Petit garçon de 6 mois; kyste du maxillaire inférieur de nature indéterminée.

L'observation rapporte qu'on trouva à l'autopsie « *un véritable nid* » de kystes occupant le maxillaire. La maladie était congénitale et il nous paraît infiniment probable qu'il s'agissait ici de kystes folliculaires multiples.

60. GOSSELIN. 1861 (Compendium de chirurgie, t. II, p. 615). — Femme 24 ans; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire.*

La tumeur plus volumineuse que le poing et fluctuante siégeait au lieu correspondant à la dent de sagesse qui n'avait pas paru. La cavité était uniloculaire et ne contenait aucun corps solide. Le liquide était séro-sanguinolent. Nous n'hésitons pas à affirmer qu'il s'agissait ici d'un kyste folliculaire embryoplastique de la dent de sagesse.

61. LETENNEUR. 1861 (Bulletin de la Soc. de chirurgie, 21 août). — Homme 30 ans; kyste du maxillaire inférieur; *périostique.*

Kyste divisé en douze loges. Début de la tumeur aussitôt après des tentatives infructueuses d'extraction de plusieurs dents correspondantes.

62. KIRBY. 1862 (British journ. of dental science, et Museum of odontological Society of Great Britain, London. Catalogue, nº 430). — Kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire.*

Le fait désigné sous le nom de *dentigerous cyst,* renferme une canine implantée horizontalement au fond du sac qui avait séparé et distendu les deux lames de l'os. La tumeur a le volume d'un œuf de pigeon.

63. LEGOUEST. 1862 (Bulletin de la Soc. de chirurgie, 2e série, t. III, p. 345). — Homme; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire.*

La tumeur présentée par l'auteur sous le nom de kyste alvéolo-dentaire contenait deux dents.

64. MAISONNEUVE. 1863 (Clinique chirurgicale, t. I, p. 572). — Homme 43 ans; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire.*

Le cas, diagnostiqué kyste par le chirurgien, fut traité par la résection, et la tumeur ouverte fut trouvée renfermant une canine couchée, laquelle manquait dans l'arcade dentaire.

65. MAISONNEUVE. 2e fait (Eod. loc., p. 595). — Kyste dévoloppé autour d'une balle dans le maxillaire supérieur.

Seul fait connu de corps étranger enkysté dans les mâchoires.

66. TOMES. 1863, 2e fait (Transact. of odontological Society of Great Britain, 1re série, vol. III, p. 365). — Homme 35 ans; kyste du maxillaire supérieur; *folliculaire.*

Ce fait est relatif à un kyste placé à la partie antérieure de la mâchoire supérieure d'un individu de race indoue. La tumeur s'étant ulcérée et ouverte, on y trouva quinze corps durs qu'on dut considérer comme autant de dents surnuméraires différentes et de volume varié. La pièce est conservée sous la rubrique *dentigerous cyst*, dans le musée de l'*Odontological society*, London, n° 442.

67. TELLANDER. 1863 (Cité par Tomes, Eod. loc., p. 282). — Kyste du maxillaire supérieur; *folliculaire.*

Le kyste contenait vingt-quatre dents ou couronnes dentaires, les unes libres, les autres adhérentes à la paroi. Sur le bord alvéolaire correspondant, la canine, les deux prémolaires et la première molaire n'avaient point paru.

68. FEARN. 1864 (Union médicale, t. III, p. 490). — Fille 13 ans; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire.*

L'observation est désignée sous le nom de *kyste osseux dentifère.* On constata après la résection de l'os une cavité au fond de laquelle était implantée une canine permanente restée incluse.

69. GOSSELIN. 1864 (Gazette des hôpitaux, p. 482). kyste du maxillaire supérieur; *périostique.*

M. Gosselin a désigné ce kyste sous le nom de *kyste séreux.* Il était développé au sommet d'une canine réduite à l'état de débris et qui dut être extraite pour obtenir la guérison.

70. PIZE, de Montélimar, 1864 (Gazette des hôpitaux, p. 574). — Femme 47 ans; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire.*

La nature du kyste n'est pas déterminée dans l'observation. L'arcade dentaire correspondante ne contenait plus que la seconde molaire; la dent de sagesse n'avait point paru. La tumeur siégeait sur le côté externe de l'os et se prolongeait jusqu'à la base de la branche montante. Nous croyons pouvoir conclure de ces détails à l'existence d'un kyste folliculaire de la dent de sagesse.

71. COLEMAN. 1865 (Transact. of odontol. Society, v. IV, p. 2 et suiv.). — Kyste du maxillaire supérieur; *périostique.*

72. COLEMAN. 1867, 2° fait (Eod. loc.). — Kyste du maxillaire supérieur; *périostique*.

Ces deux derniers faits observés à S'Bartholomew hospital sont relatifs à deux kystes du périoste dentaire ayant refoulé le sinus. Ils présentaient le bruit du parchemin. Le contenu était séreux et la guérison fut obtenue par des pansements irritants.

73. COLEMAN. 1865, 3ᵉ fait (Eod. loc.). — Kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire*.

Cette observation a pour caractère particulier que le kyste avait sa paroi *calcifiée*. Opéré par Brodie, son origine dentaire fut nettement reconnue : c'était un kyste folliculaire odontoplastique.

74. DOLBEAU. 1865, 2ᵉ fait (Gazette des hôpitaux, p. 605). — Homme 38 ans; kyste du maxillaire supérieur; *périostique*.

Le kyste qui avait le volume d'une petite pomme contenait 175 grammes de liquide. Son apparition coïncida avec cette circonstance que les dents de la région correspoudante étaient réduites à l'état de débris noirâtres. Le diagnostic porté par M. Dolbeau fut : *kyste alvéolo-dentaire*.

75. NEUMANN. 1867 (Arch. für Klin. chir., t. IX, Heft, n° 4, p. 221-225). — Homme 28 ans; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire*.

Le kyste occupait le follicule d'une dent surnuméraire située au-dessous de la première petite molaire. Outre la dent implantée dans la paroi, le sac contenait des excroissances papilliformes et d'épaisses couches d'épiphélium. Le maxillaire renfermait en outre une seconde dent surnuméraire.

76. BROCA. 1869 (Traité des tumeurs, t. II, p. 36). — Femme; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire*.

Le kyste renfermait une masse molle qui a l'observation microscopiquefut trouvée composée de grains dentinaires. Ce fait pourrait être regardé comme intermédiaire entre un *odontome odontoplastique* et un kyste de la même période.

77. FORGET. 1869, 4ᵉ fait (Anomalies dentaires, p. 41). — Homme adulte; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire*.

Kyste causé par la rétention et le déplacement hétérotopique de la dent de sagesse. La dent est située au point correspondant à l'angle de l'os et la tumeur occupait toute la branche montante et une partie de la branche horizontale. Le dessin de la pièce est reproduit dans notre mémoire (fig. 4).

78. FORGET. 1869, 5ᵉ fait (Eod. loc., p. 47). — Cheval; kyste du maxillaire supérieur; *folliculaire*.

Kyste causé par la rétention et le déplacement hétérotopique d'une canine située à la partie la plus reculée de l'os incisif droit chez un cheval adulte. Le dessin de la pièce est reproduit dans notre mémoire (fig. 2).

79. GIRALDES. 1869 (Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants, p. 258). — Garçon 11 ans; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire*.

Le kyste contenait deux dents de seconde dentition adhérentes à la paroi. Il fut traité par la résection du maxillaire.

80. B. COOPER, 1870 (Cité dans Holmes, System of Surgery, t. IV, p. 34). — Kyste du maxillaire supérieur; *folliculaire*.

Le kyste faisait saillie dans le sinus; il avait pour siége les follicules des deux premières molaires de deuxième dentition réunies et fusionnées en une seule poche qui contenait les deux dents.

81. FUZIER. 1872 (Cette pièce inédite est dessinée dans notre Mémoire (fig. 3.) — Homme 23 ans; kyste du maxillaire inférieur, *folliculaire*.

Ce fait est relatif à une pièce anatomique qui fut trouvée à l'autopsie d'un zouave mort à la Vera-Cruz.

82. J. MOREAU. 1872 (Observation inédite qui figure dans notre travail). — Homme 23 ans; kyste du maxillaire supérieur; *périostique*.

83. VERNEUIL. 1872 (Voir dans Barbat, Thèses de Paris, 1872, p. 46). — Homme 37 ans; kyste du maxillaire inférieur; *périostique*.

Observation très-complète et très-démonstrative.

84. F. BELL LONGHUST, sans date (Museum of odontological Society of Great Britain, London, n° 444). — Mouton jeune; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire*.

Le kyste occupait le point du maxillaire inférieur répondant à la barre chez un mouton dont les dents temporaires sont en place. Il a le volume d'un œuf de poule, et une incisive permaneute en occupe le fond adhérente à la paroi. La pièce porte le titre de *dentigerous cyst*.

85. CARL TELLANDER, sans date (Museum of odontological Society of Great Britain, London, n° 430). — Kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire*.

86. CARL TELLANDER, sans date, 2e fait (Même musée, n° 431). Kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire*.

87. CARL TELLANDER, sans date, 3e fait (Même musée, n° 432). — Kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire*.

Ces trois faits sont relatifs à des kystes désignés sous le nom de *dentigerous cysts*, ayant distendu les deux tables de l'os et présentant chacun une dent couchée au fond du sac.

88. CARL TELLANDER, sans date, 4e fait (Même musée, nº 433). — Mouton jeune; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire.*

Le mouton avait conservé ses dents temporaires en place. La tumeur a le volume d'une orange et une incisive permanente en occupe le fond adhérente à la paroi.

89. Pièce sans nom d'auteur ni date; même musée (Pièce non cataloguée). — Homme adulte; kyste du maxillaire supérieur; *folliculaire.*

La pièce consiste dans un maxillaire supérieur dans le sinus duquel on voit un kyste à paroi osseuse amincie ayant le volume d'une grosse noix et contenant une dent surnuméraire devenue libre par la macération et la dessiccation de la préparation.

90. Pièce sans nom d'auteur, ni date (Museum of S'Bartholomew hospital, London, nº 1, 119. — Kyste du maxillaire inférieur, *folliculaire.*

La poche contenait une dent incisive.

91. Pièce sans nom d'auteur ni date (Museum of royal college of surgeons, nº 1033 B). — Kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire.*

Les deux tables du maxillaire inférieur sont séparées par une poche qui a le volume d'un œuf de poule, et présentant une petite molaire permanente implantée dans la paroi sur le côté externe du sac.

92. Pièce sans nom d'auteur ni date (Même musée, nº 1033 C.). — Kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire.*

Le kyste, du volume d'un œuf de dinde, est logé au centre du maxillaire inférieur du côté droit et s'étend depuis le niveau de la canine, jusqu'à la branche montante égalcment envahie. Par la coupe de résection on aperçoit dans la cavité la canine permanente couchée au fond du kyste sur le point correspondant au canal dentaire et adhérente à la paroi.

93. Pièce sans nom d'auteur ni date (Même musée, nº 1033 D). — Kyste occupant le maxillaire inférieur. *multiloculaire*

La poche qui n'a pas été ouverte est indéterminable.

94. E. MAGITOT. 1872, 2e fait (Voir le 1er nº 57). — Femme 21 ans; kyste du maxillaire inférieur; *folliculaire.*

95. E. MAGITOT. 1872, 3e fait. — Homme 25 ans; kyste du maxillaire supérieur; *folliculaire.*

96. E. MAGITOT. 1872, 4e fait. — Homme 29 ans; kyste du maxillaire supérieur; *folliculaire.*

97. E. MAGITOT. 1872, 5e fait — Homme 38 ans ; kyste du maxillaire supérieur ; *périostique.*

98. E. MAGITOT. 6e fait. — Homme 50 ans ; kyste du maxillaire inférieur ; *périostique.*

99. E. MAGITOT. 7e fait. — Homme 22 ans ; kyste du maxillaire supérieur ; *périostique.*

100. E. MAGITOT. 8e fait. — Femme 25 ans ; kyste du maxillaire supérieur ; *périostique.*

Ces sept dernières observations sont relatives à nos faits personnels décrits à la fin du présent mémoire.

Un rapide coup d'œil porté sur les observations résumées qui précèdent et dont nous nous sommes efforcé de dégager les faits caractérisques nous dispensera de nous étendre ici sur les conditions générales qui président au développement des kystes des mâchoires. Les indications relatives au sexe du sujet, au siége de la lésion, et sa physionomie particulière y ont été mentionnées toutes les fois que les détails des observations nous l'ont permis.

En ce qui concerne la proportion de fréquence des kystes proprement dits, relativement aux autres affections des maxillaires, nous n'avons que peu de documents à cet égard. Une statistique d'Otto Weber (1) fournit cependant un renseignement à noter : Sur 403 tumeurs du maxillaire inférieur collationnées d'après plusieurs observateurs, Reusche, Genziek et lui-même, Weber a trouvé 25 kystes. Le même travail n'a pas été fait pour le maxillaire supérieur au sujet duquel règne encore une si grande confusion relativement aux affections propres au sinus et celles qui siégent réellement dans le corps de l'os.

Si, considérant au point de vue statistique les *cent* observations de kystes bien définis qui composent notre relevé, nous en résumons les traits principaux, nous arrivons à constituer le tableau suivant :

---

(1) *In* Handbuch von Pitha und Billroth. Vol. III, 1re division, 2e livraison. Erlangen, 1866.

TOTAL des KYSTES, 100

- dans l'espèce humaine 97
  - chez l'homme . . 40
  - chez la femme . . 40
  - sans désignation de sexe. 17
    - du maxillaire inférieur . 53
    - du maxillaire supérieur . 44
      - uniloculaires . 87
        - folliculaires. 46
          - à siége normal. . 20
            - de la période embryoplastique. . 7
              - sans traces d'organes folliculaires.
                - séreux ou méliceriques. . . 2
                - butyreux . . . 1
              - avec traces fibreuses ou fibroïdes des organes folliculaires. 4
            - de la période odontoplastique, avec plaques, grains dentinaires ou massos crétacées. 3
            - de la période coronaire 10
              - contenant une dent ou une couronne. . 5
              - contenant deux dents ou deux couronnes. 3
              - contenant un plus grand nombre de dents ou couronnes 2
          - hétérotopiques. . 26
            - de la période embryoplastique sans traces d'organes folliculaires. 1
            - de la période odontoplastique avec plaques ou grains dentinaires, ou masses crétacées 2
            - de la période coronaire. 23
              - contenant une dent ou une couronne. . . 21
              - contenant deux dents ou deux couronnes. 2
        - périostiques 33
        - indéterminés ou douteux 8
      - multiloculaires. . 9
        - folliculaires. 2
        - périostiques 4
        - indéterminés ou douteux. 3
      - Kyste formé autour d'un corps étranger. 1
- chez les herbivores. . 3
  - Kystes folliculaires avec une dent ou couronne incluse
    - du maxillaire inférieur (mouton). 2
    - du maxillaire supérieur (cheval). 1

Total. . . 100

Les conditions d'âge qui n'ont pu trouver place dans ce tableau, ont une certaine importance ; elles montrent que, d'une manière générale, les kystes des mâchoires peuvent survenir à toutes les époques de la vie. Un kyste peut être congénital ; il peut aussi se développer dans la vieillesse. Si l'on considère ensuite cette proportion d'âge suivant la nature des kystes, on reconnaît que les kystes folliculaires beaucoup plus fréquents que les kystes périostiques depuis la naissance jusqu'à l'âge de 20 ans, sont au contraire beaucoup plus rares chez l'adulte et chez le vieillard ; circonstance qui est, comme on le comprend, tout à fait en relation avec les phases successives de l'évolution dentaire. Voici d'ailleurs, à ce point de vue, un tableau statistique complémentaire :

STATISTIQUE DES KYSTES DES MACHOIRES
RELATIVEMENT A L'AGE DES SUJETS.

Kystes congénitaux.			1
De 0 à 10 ans. . .	3	folliculaires	3
		périostiques	0
De 10 à 20 ans. . . .	16	folliculaires	12
		périostiques.	2
		indéterminés.	2
De 20 à 30 ans. . . .	20	folliculaires	9
		périostiques.	11
De 30 à 70 ans. . . .	23	folliculaires	7
		périostiques.	12
		douteux.	4
Sans mention d'âge.			37
		Total :	100

Certains de ces chiffres relevés dans nos résumés d'observations ont une signification importante : Ainsi, tandis qu'il n'est nullement surprenant que depuis la naissance jusqu'à 20 ans on observe 16 cas de kystes folliculaires contre 2 seulement de kystes périostiques, on sera étonné de trouver que de 20 à 30 ans on rencontre encore 9 kystes folliculaires alors que l'évolution dentaire est achevée. Ces neuf cas appartiennent à la dent de sagesse. Des sept faits de kystes folliculaires signalés dans les périodes de 30 à 70 ans, quelques-uns sont dus également à la

dent de sagesse, d'autres à des follicules hétérotopiques ayant éprouvé une première anomalie consistant en un retard dans l'époque de leur apparition suivie d'une lésion de nutrition qui a engendré le kyste.

Les *causes* proprement dites auxquelles dans la pratique on peut rattacher la production d'un kyste des mâchoires sont fort différentes, suivant que sa nature est folliculaire ou périostique.

Nous venons déjà de faire remarquer que le développement d'un kyste aux dépens d'un follicule devait invariablement être attribué à des troubles de nutrition survenus à l'une des phases de l'évolution, mais la cause intime de ces troubles est le plus souvent indéterminable.

Lorsqu'un kyste survient dans l'enfance et surtout s'il est congénital, comme nous en rapportons un exemple, il est bien difficile de lui assigner une cause. Dans certaines de nos relations, on trouve toutefois la mention d'un traumatisme antérieur, un coup porté sur les mâchoires, comme dans l'une des observations de Dupuytren. Dans d'autres circonstances, on peut invoquer des lésions de dents temporaires, caries, périostite simple ou chronique, etc., susceptibles par retentissement au sein d'un follicule de dent permanente sous-jacent, de provoquer un phénomène d'irritation pouvant amener la formation d'un kyste. D'autre part, on a vu que certains kystes avaient pour siége des follicules développés hétérotopiquement hors des arcades alvéolaires et dans ce cas la formation d'un kyste reste à peu près aussi obscure que le fait de l'hétérotopie elle-même. Il ne faudrait pas admettre toutefois que toute hétérotopie dentaire entraîne la formation d'un kyste ; le fait est loin d'être constant, et si la transformation kystique s'est rencontrée ainsi hétérotopiquement dans 26 cas sur 48 kystes folliculaires, d'après notre statistique, nous devons ajouter que souvent un follicule ainsi déplacé peut encore accomplir régulièrement son évolution et l'on voit alors une dent, bien conformée ou non, effectuer son éruption complète dans un point anormal. C'est ainsi par exemple que se produisent les dents dites *surnuméraires*.

Il est pourtant une circonstance dans laquelle on parvient à

établir une certaine relation de causalité, nous voulons parler des kystes qui prennent naissance dans le follicule de la dent de sagesse, soit que celui-ci ait conservé son siége normal, soit qu'il ait été à son tour frappé d'hétérotopie. Dans ce dernier cas, les causes restent obscures; mais, lorsque le kyste occupe le point normal de la dent future, on peut rattacher à sa formation les circonstances qui d'ordinaire entraînent la production des accidents si variés et parfois si redoutables dits : *accidents de la sortie de la dent de sagesse.* Or parmi ces accidents, figure la *transformation kystique* du follicule. La cause particulière dans cette circonstance est l'insuffisance d'emplacement réservée à cette dent à l'époque de son éruption. En effet, la couronne dentaire, au moment où elle va s'élever pour franchir le bord alvéolaire, peut ainsi rencontrer de la part de la base de la branche montante d'une part et de la couronne de la seconde molaire d'autre part, une compression parfois invincible. Des phénomènes d'irritation survenant alors dans l'intérieur du sac folliculaire, amènent la sécrétion d'un liquide pathologique. Le kyste ainsi produit se développe soit en distendant les deux lames latérales de l'os, soit en se logeant dans toute la hauteur de la branche montante, jusqu'au condyle.

Quoi qu'il en soit, les causes des kystes folliculaires restent souvent inappréciables. Il n'en est pas de même des kystes du périoste qui peuvent presque toujours se rattacher à un processus bien déterminé. En effet, dans les observations de cet ordre, on retrouve presque constamment la mention de diverses circonstances antécédentes : traumatisme, lésions variées de une ou plusieurs dents de la région occupée par le kyste : ce sont souvent par exemple des tentatives d'extraction restées infructueuses. Les racines restantes deviennent alors le siége de phénomènes d'irritation ou d'inflammation plus ou moins vives, et si dans un cas de ce genre, il ne se produit pas d'accidents aigus, comme phlegmons, abcès, fistules de la gencive ou de la joue, il y a grande probabilité pour qu'un état inflammatoire lent et subaigu du périoste amène un épanchement de sérosité au-dessous de celui-ci, épanchement qui représente le point de départ d'un kyste. D'autres observations indiquent dans les antécédents

d'un kyste l'existence de caries profondes ayant envahi et détruit une ou plusieurs couronnes dentaires, tandis que les racines restées incluses et plus ou moins altérées dans les mâchoires, subissent les mêmes influences. On voit toutefois par là qu'un traumatisme n'est pas absolument indispensable pour expliquer un kyste du périoste; la destruction simple d'une dent par la carie produit dans l'organisation propre de la racine et conséquemment dans son périoste, des troubles suffisants pour expliquer la formation d'un liquide pathologique.

A côté de ces considérations sur les causes probables de certains kystes du périoste dentaire, nous devons mentionner une circonstance qui en provoque parfois l'apparition même rapide ; nous voulons parler de l'*obturation* intempestive d'une carie pénétrante parvenue à un état particulier.

On sait, en effet, que le sommet de la racine de la dent revêtu de son périoste reste en communication par le canal dentaire avec la pulpe et par conséquent avec toute carie pénétrante. Or, les phénomènes inflammatoires qui envahissent la pulpe et ses prolongements à la suite d'une carie de cette période, peuvent s'étendre par continuité du tissu au périoste et celui-ci devient le siége d'une sécrétion, sorte de sérosité soit claire, soit mêlée de sang ou de pus et qui s'écoule dans la bouche par le canal dentaire et la carie elle-même. La quantité du liquide qui peut ainsi prendre son origine au périoste du sommet de la racine est quelquefois inappréciable à l'observation directe et il faudrait plusieurs jours pour en produire une gouttelette. D'autres fois cette quantité est très-considérable, si bien que lorsque dans ces conditions on a introduit dans la carie un pansement formant occlusion complète de la cavité, on peut constater le lendemain qu'en retirant le pansement, il s'écoule une large goutte de liquide. C'est même dans la thérapeutique des caries de ce genre que nous avons proposé l'application du *drainage* associé à l'obturation (1).

Or, si dans de telles conditions et sans aucune précaution

---

(1) *Du Drainage chirurgical dans ses applications à la thérapeutique de la carie dentaire.* Bulletin de thérapeutique, 30 août 1867.

préalable, on vient à pratiquer une obturation métallique, l'écoulement du liquide se trouve aussitôt suspendu et sa rétention amène fatalement des accidents variés : tantôt c'est un phlegmon de la gencive ou de la joue ; parfois des phénomènes d'ostéite et de nécrose avec les conséquences les plus graves. Ces complications surviennent ordinairement dans le cas d'écoulement séro-purulent ou purulent abondant subitement refoulé ainsi par l'alvéole au sein du maxillaire. D'autres fois, enfin, lorsque la quantité du liquide écoulé est faible et que sa nature est purement séreuse, les accidents peuvent se borner à un simple soulèvement du périoste et à la production lente et progressive d'un kyste. Cette circonstance a été reconnue dans l'observation recueillie par le Dr Moreau et que nous publions avec nos faits personnels.

Voilà, ainsi qu'on le voit, une cause bien définie et que nous rappellerons plus loin à propos d'une certaine tentative de traitement applicable à cette variété spéciale de kystes. Mentionnons encore dans l'étiologie des kystes périostiques les circonstances traumatiques : chutes sur la face, coups portés sur les régions maxillaires, etc. Ce point de départ a été reconnu en particulier dans l'une de nos observations.

Quoi qu'il en soit de ces considérations, un nombre assez considérable de kystes échappent à tout rapport étiologique saisissable. Parmi eux se placent beaucoup de kystes folliculaires et plus particulièrement des kystes multiloculaires. Il est bon de remarquer toutefois que parmi ces derniers on en trouve qui ont pu être nettement rapportés à des circonstances très-concises comme des traumatismes, des altérations diverses. Ces remarques seront utilisées, d'ailleurs, plus loin à propos de la pathogénie.

PATHOGÉNIE.

Fondé sur l'ensemble des documents étiologiques qui précèdent, le mécanisme de formation d'un kyste des mâchoires nous paraît très-aisé à concevoir ; et, pour en présenter l'exposé, nous allons l'envisager isolément dans chacune des variétés que nous considérons comme constituant exclusivement cet ordre

de lésions; à savoir : *les kystes du follicule; les kystes du périoste dentaire; les kystes enveloppant un corps étranger.*

1° *Pathogénie des kystes folliculaires.*

Le follicule dentaire, considéré dans la série des mammifères, présente une constitution à peu près uniforme et constante. Sans nous occuper ici de son mode de genèse (1), phase d'évolution à laquelle ne saurait correspondre la production d'aucun kyste, nous nous bornons à rappeler que, dès lors qu'il est constitué par la formation et l'occlusion de sa paroi, il a la forme d'un sac sphérique ou ovoïde absolument clos de toutes parts et composé, comme parties essentielles :

1° De la *paroi*, enveloppe cellulo-fibreuse lâche, très-vasculaire, d'une épaisseur de quelques dixièmes de millimètre, présentant à sa surface extérieure des espèces de villosités ou bourgeonnements d'une nature particulière dont nous n'avons pas à nous occuper ici, et répondant par sa face profonde, lisse et uniforme, aux organes contenus dans le sac.

2° Du *bulbe dentaire* ou *germe de l'ivoire*, de forme et de volume variables suivant la forme et le volume même de la couronne future. Il adhère intimement au fond du sac folliculaire qui, d'après les phénomènes d'évolution, paraît en être une sorte d'émanation. Cette paroi se détache, en effet, de la base ou point d'adhérence du bulbe sous forme de deux prolongements latéraux qui s'élèvent sur les côtés et vont se réunir l'un à l'autre au point où s'effectue la rupture du cordon épithélial primitif. Cette circonstance de l'adhérence intime du bulbe dentaire à la paroi explique comment, dans certains kystes, on n'a rencontré comme substances solides que des lambeaux ou débris d'aspect fibrineux, qui doivent être considérés comme étant de nature bulbaire. Les observations 3 et 5 de Dupuytren (voir le tableau plus haut) paraissent être dans ce cas.

(1) Voy. Ch. Robin et E. Magitot. Mémoire cité *in* Journal de physiologie de Brown-Séquard, 1860-61, p. 30. —Waldeyer, *in* Konigsberger medinische Jahrbucher. Vierter Band, Heft 11, p. 236. Danzig, 1864. — Kollmann, *in* Zeitschrift ür Wissenschafliche zoologie. Zwanzigster Band, Heft 11, p. 145. Leipzig, 1870.

3° De l'*organe* ou *germe de l'émail*, qui se trouve placé entre la paroi et le bulbe, sur lequel il est exactement appliqué en forme de capuchon complet, et dont il suit tous les contours et les sinuosités. Il est formé d'un tissu spécial d'aspect gélatineux et transparent, et composé d'éléments particuliers d'apparence étoilée (1). Cet organe est en outre exactement entouré d'une couche non interrompue de cellules prismatiques analogues à celle de la couche de Malpighi, dont l'organe de l'émail n'est d'ailleurs qu'une dépendance par bourgeonnement.

Depuis le moment où s'est opérée la soudure de la paroi folliculaire, jusqu'à l'époque où apparaissent les premières traces d'ivoire ou d'émail, la *paroi folliculaire*, le *bulbe* et l'*organe de l'émail*, constituent seuls le follicule chez l'homme (2). Aucun autre tissu ne s'y trouve normalement, et le contact réciproque de ces diverses parties est tel qu'on ne saurait rencontrer aucun intervalle ou vide pouvant renfermer une substance liquide ou autre quelconque. Nous disons toutefois qu'il y a simplement contact, car, à l'exception du bulbe qui est en continuité de tissu avec la paroi, l'organe de l'émail n'adhère ni à l'un ni à l'autre, et on peut l'en détacher avec la plus grande

---

(1) Ces éléments avaient été considérés, dans nos études avec M. Robin, comme des corps fibro-plastiques étoilés ; mais de nouvelles recherches encore inédites, entreprises par M. Legros et par nous, nous conduisent à considérer ces corps particuliers comme une modification des cellules épithéliales qui constituent seules l'organe de l'émail au début de sa formation. Ce détail peut avoir son importance dans la pathogénie de certains kystes qui renferment une grande quantité de cellules épithéliales ayant subi la transformation graisseuse. Tels seraient le kyste butyreux observé par M. Maisonneuve, ceux de MM. Gosselin et Dolbeau et celui dont nous publions la relation (1re observation).

(2) Chez les herbivores, un troisième organe, l'*organe du cément*, intervient dans la composition du follicule. Il est situé entre la paroi du follicule et l'organe de l'émail et, de même que ce dernier, il suit dans toutes ses inflexions et sinuosités la surface du bulbe qui présente, comme on sait, des divisions verticales multiples en relation avec la forme des dents dites composées. Chez l'homme, où l'on ne rencontre aucune trace d'*organe du cément*, la fonction ostéogénique destinée à produire la couche de ce tissu qui figure dans la composition des racines parait être dévolue à la paroi folliculaire elle-même, alors qu'au moment de l'éruption elle s'étale à la surface de la racine pour devenir le périoste dentaire. C'est cette fonction ostéogénique dont la paroi folliculaire est susceptible qui expliquerait les plaques de nature osseuse qui se trouvent dans l'enveloppe de certains kystes. (Observations de Nélaton et de Tomes.)

facilité. La simple compression du follicule, à cette époque, suffit à briser la paroi et à dissocier le contenu, sauf le bulbe qui reste adhérent au sac.

Cette période de formation du follicule porte, à juste raison, le nom de période *embryoplastique*.

Or, si à cette phase de l'évolution physiologique, il se produit un trouble de nutrition, soit par une cause restée obscure, soit à la suite d'un traumatisme, on voit se développer au bout d'un temps variable, tantôt un *odontome* de cette période (1), ainsi que M. Broca en a tracé une description si remarquable, tantôt un kyste (2).

Dans le cas où c'est un kyste simple qui prend naissance dans le follicule, le premier phénomène qui se produit est la disparition de l'organe de l'émail : les éléments, si mous et si fragiles, se dissocient et se détruisent soit par résorption, soit par macération, sauf peut-être les cellules épithéliales prismatiques auxquelles on serait tenté d'attribuer la prolifération des cellules épithéliales qui figurent dans le contenu de certains kystes.

Aussitôt qu'est détruit l'organe de l'émail ou pendant le temps que s'opère cette destruction, il se produit dans l'intérieur du sac folliculaire une matière tantôt liquide et fluide, aqueuse ou albumineuse (kystes séreux), tantôt plus ou moins épaisse et visqueuse comme du sirop ou du miel (kystes mélicériques), tantôt caséiforme (kystes butyreux).

La formation des liquides séreux ou visqueux s'explique par

(1) Voir Broca. Traité des tumeurs, t. II, p. 331.

(2) Dans certaines circonstances les deux ordres de lésions se développent en même temps, et on trouve dans un kyste des produits qui se rapprochent de l'odontome. On éprouve ainsi un certain embarras à classer nosologiquement une lésion de ce genre qui reste en réalité intermédiaire aux deux espèces. Tels sont par exemple les faits rapportés par Dupuytren (obs. 1 et 5) et déjà signalés tout à l'heure, ainsi que celui de M. Gosselin.

Parfois même une tumeur, véritablement kystique au début et répondant à cette période embryoplastique, peut se trouver transformée dans sa nature par la production d'une masse molle qui en remplit peu à peu toute la cavité et se substitue au liquide primitif. Tel nous paraît avoir été le processus dans le cas déjà signalé par nous et observé tout récemment dans le service de M. Verneuil chez un malade de 15 ans. Le kyste ouvert fut trouvé rempli d'une masse molle qui avait la constitution histologique du bulbe dentaire, la pièce a d'ailleurs été présentée à la Société de biologie par M. Thaon (séance du 9 novembre 1872).

un simple phénomène de sécrétion dont l'agent est vraisemblablement la paroi folliculaire elle-même. Quant à la nature caséiforme ou d'aspect sébacé dont la présence paraît exclusive aux kystes de cette période embryoplastique, elle est due, selon toute probabilité, à la transformation graisseuse des éléments du bulbe et aussi des cellules épithéliales qui entourent l'organe de l'émail ou de celles qui se produisent par formation nouvelle sur la paroi même. Quelques phénomènes secondaires s'ajoutent encore à ceux-ci, tels que la formation de cholestérine, de leucocytes, de lambeaux albumineux ou fibrineux, etc.

Sous l'influence de cette genèse de matière nouvelle au sein du sac folliculaire, la paroi subit une distension graduelle. Cette distension s'accompagne d'hypergénèse des éléments, de telle sorte qu'en devenant le sac kystique, cette paroi ne s'amincit pas nécessairement, mais augmente souvent au contraire d'épaisseur et de consistance. En outre il se produit à sa face profonde, et par voie de genèse directe, une couche épithéliale pavimenteuse stratifiée qui se retrouve invariablement dans tous les kystes et qui nous paraît être de formation secondaire. En effet, les seuls éléments épithéliaux que renferme le follicule normal appartiennent à la constitution de l'organe de l'émail, et sont sans doute détruits avec lui. Nous serions donc peu disposé à admettre que cette couche épithéliale de la paroi kystique eût pour origine les éléments de l'organe de l'émail; car il ne faut point oublier que les kystes de notre seconde variété, kystes du périoste, sont, comme nous l'avons déjà dit, pourvus du même épithélium qui ne préexiste nullement dans la structure du périoste adulte. Quant au bulbe, qui représente dans le follicule la partie la plus résistante et la mieux organisée, on en retrouve, comme on la vu, quelques fragments dans certains kystes. Parfois même des masses plus ou moins volumineuses et à caractère végétant, et dans lesquelles on retrouve la composition anatomique du bulbe, occupent la cavité de certains kystes; mais, dans un grand nombre d'observations, le kyste ne contient absolument qu'une masse liquide ou semi-liquide. C'est ainsi du moins que sont présentés sous le nom de kystes simples, séreux ou méliceriques le plus grand nombre des faits qu'on trouve dans la science,

mais nous restons convaincu que si, dans les cas de kystes qui répondent à cette période, on s'était livré à un examen plus complet de la cavité, on eût plus fréquemment reconnu et mentionné, soit dans la nature du contenu, soit en un point de la paroi, la trace d'éléments se rattachant à la constitution bulbaire.

Telle est la série des phénomènes qui correspondent au développement d'un kyste à cette période *embryoplastique* du follicule. Le mécanisme de formation d'un kyste aux périodes ultérieures se comprendra, nous l'espérons, non moins aisément.

A une phase plus avancée de l'évolution folliculaire, c'est-à-dire à une époque qui n'est séparée de la première que par quelques jours ou quelques semaines, de nouveaux éléments sont apparus dans l'intérieur du follicule dont la composition antérieure consistait simplement en une paroi et les deux *germes* de l'émail et de l'ivoire. Ces nouveaux tissus sont l'*ivoire* et l'*émail.* Le point où a lieu cette genèse est le sommet du bulbe dentaire dont l'adhésion avec la partie correspondante de l'organe de l'émail est ainsi détruite. L'ivoire apparaît d'abord, et à peine les premières traces de ce tissu se sont-elles produites qu'elles prennent aussitôt la forme d'un petit cône creux coiffant exactement le sommet du bulbe et connu sous le nom de *premier chapeau de dentine.* Lorsque ce petit chapeau a acquis un certain développement et qu'il est, par exemple, perceptible à l'œil nu, il se recouvre d'émail, lequel se dépose à sa surface extérieure sous forme de prismes parallèles. C'est le premier rudiment de la couronne future qui va aller grandissant en étendue ainsi qu'en épaisseur et recouvrir la totalité du bulbe.

Si, à ce moment de l'évolution, le même trouble de nutrition déjà invoqué dans la période précédente vient à se produire, il pourra se développer soit encore un *odontome*, soit aussi un *kyste*, soit enfin une lésion mixte comme il en existe plusieurs relations dans la science. Cette période est désignée à l'état physiologique sous le nom d'*odontoplastique,* et les kystes de cette période porteront le même nom. Dans cette circonstance, le processus de l'altération donnant lieu à un kyste sera analogue au cas précédent : l'organe folliculaire, troublé au milieu de son fonctionnement normal, se remplit d'un liquide de consistance et de na-

ture variables, c'est-à-dire séreux ou mélicérique, mais non butyreux. Ce dernier caractère paraît en effet, d'après les faits de la science, exclusif aux kystes de la période précédente. D'autre part, l'organe de l'émail et le bulbe, éprouvant des perturbations concomitantes, deviennent impropres à produire la couronne normale et ne donnent naissance qu'à des masses informes dans lesquelles on retrouve, il est vrai, la constitution fondamentale des tissus normaux, mais avec des dispositions irrégulières et sans ordre : tantôt ce sont de petits *grains dentinaires* recouverts ou non d'émail, libres dans la poche ou adhérents à la paroi; tantôt ce sont des plaques dans lesquelles l'ivoire et l'émail ont éprouvé une véritable hypergénèse, ce qui tend à rapprocher précisément ces cas des *odontomes* proprement dits. Dans quelques circonstances on peut également rencontrer au-dessous des plaques dentinaires une véritable production osseuse qui paraît faire partie intégrante de la paroi kystique et qui résulte d'une véritable ossification de cette paroi. Ce phénomène d'ossification provient en effet de la mise en jeu de cette fonction ostéogénique que nous avons reconnue à la paroi folliculaire.

Ainsi s'expliquent les kystes qui, indépendamment du liquide qu'ils renferment, offrent sur un point de leur paroi ces plaques osseuses recouvertes de dentine ou d'émail, de forme variée plus ou moins bizarre, ainsi que Syme (n° 27), Broca (n° 76) et Nélaton (n° 42) en signalent des exemples.

La troisième variété des kystes folliculaires, ou kyste de la *période coronaire*, est susceptible de la même explication pathogénique que nous venons d'indiquer pour les deux précédentes.

Cette phase de développement intra-folliculaire correspond au moment où la couronne a accompli son évolution : celle-ci est donc formée; seulement, ou bien ce développement a pu s'effectuer après le début de troubles fonctionnels et malgré ce début même, ou bien les troubles sont survenus après l'achèvement complet de cette couronne. Dans le premier cas, la couronne est atrophiée, petite ou difforme; c'est ce qui est le plus souvent observé. Dans le second, elle a son volume et sa forme normales. C'est ainsi que Marjolin, Dupuytren et Nélaton ont trouvé dans des kystes des couronnes régulièrement conformées.

Quoi qu'il en soit, autour de cette couronne tantôt normale, tantôt difforme, une certaine quantité de liquide s'accumule dans le sac folliculaire et tout phénomène d'évolution ultérieure se trouve définitivement suspendu. A ce moment deux circonstances peuvent encore se présenter : si la couronne atrophiée ou normale n'est alors pourvue d'aucun vestige de racine quelconque, il arrive que, manquant complètement de moyen de fixation, elle se détache de la paroi et tombe dans le kyste; c'est ainsi que Legouest, E. Nélaton et A. Cooper ont pu observer des couronnes libres dans certaines cavités. Si au contraire, ce qui est le cas le plus fréquent, une notable étendue de la racine a eu le temps de se former, elle reste plongée dans l'épaisseur de la paroi et la couronne est alors la seule partie saillante et libre dans la poche. C'est ce processus que nous avons indiqué dans la figure ci-jointe qui représente une dent atrophique dessinée d'après nature, et devenue centre de développement d'un kyste. La paroi, schématiquement indiquée, s'insère au collet de la dent et s'épanouit de là dans toute l'étendue de la cavité (fig. 6).



Fig. 6. Kyste du maxillaire supérieur développé dans la fosse canine gauche aux dépens du follicule hétérotopique de la canine. Le dessin de gauche représente cette canine extraite du kyste. Celui de droite est destiné à indiquer en B le mode d'épanouissement de la paroi folliculaire devenue paroi kystique (voir notre observation 2).

On peut se demander, dans les cas de ce genre, ce que deviennent la pulpe et les vaisseaux qui pénètrent à l'intérieur de l'organe : Salter a déjà reconnu et indiqué que, dans les kystes

dentigères, la cavité centrale et les canaux dentaires sont oblitérés par une production de dentine complète. Nous avons personnellement reconnu l'exactitude de cette assertion dans deux de nos observations. Une autre particularité, déjà signalée d'ailleurs, doit encore être notée : c'est la présence de quelques points de résorption que subit la racine rudimentaire incluse dans la paroi; ce phénomène peut encore servir d'explication à la chute de certaines dents dans les kystes.

Dans plusieurs relations des auteurs, on trouve mentionnés des kystes renfermant deux couronnes ou deux dents distinctes : tels sont les faits de Marjolin, Tomes et Legouest (nos 12, 53, 63). Dans d'autres, on a rencontré un plus grand nombre de dents : ainsi, Tomes et Tellander (nos 66, 67) ont trouvé jusqu'à quinze et vingt-quatre dents ou productions analogues dans la même poche. Il nous paraît difficile d'expliquer un fait de ce genre autrement que par les fusions de deux ou d'un plus grand nombre de follicules produits par le phénomène qui donne lieu aux dents dites *surnuméraires* (1). Les recherches de Broca sur les *odontomes* ont, il est vrai, permis de reconnaître certains phénomènes d'hypergénèse de bulbes dentaires et par suite la formation de plusieurs chapeaux ou couronnes, mais ce mécanisme s'adresse surtout à ces tumeurs complexes dans lesquelles tous les éléments sont groupés irrégulièrement en une même masse. L'existence dans une poche de dents isolément développées se prête peu à cette explication. Les cas, en particulier, où deux dents régulières se rencontrent dans le même kyste, toutes deux libres ou l'une adhérente et l'autre détachée, ne peuvent ainsi

(1) La formation des dents surnuméraires dont le mécanisme répond aux phénomèmes d'évolution première du follicule n'est pas un fait rare chez l'homme et moins encore chez certains mammifères inférieurs. Nous en avons observé un grand nombre d'exemples qui trouveront leur place dans un travail actuellement en préparation (*Anomalies du système dentaire*); le plus ordinairement on en rencontre une ou deux, soit rangées dans l'axe de la série normale, soit placées hors rang. Dans plusieurs pièces nous avons rencontré cinq et sept dents réunies en groupe irrégulier, et il est possible d'admettre qu'à l'époque où un grand nombre de dents étaient contenues dans leur follicule respectif au sein de la mâchoire, la formation d'un kyste aux dépens de l'une d'elles eût vraisemblablement entraîné la pénétration et la fusion de l'ensemble et produit de la sorte un kyste à contenu multiple.

s'expliquer, et nous croyons devoir admettre nécessairement alors la pénétration de follicules contigus.

Ceci nous conduit à envisager maintenant la mécanisme de production de certains hystes *multiloculaires* de l'espèce *folliculaire:* or, de même que deux follicules contigus et frappés de dégénérescence kystique peuvent se pénétrer et se fusionner, de même ils peuvent rester distincts et évoluer pathologiquement côte à côte. Ainsi se trouve réalisé un kyste biloculaire. L'un de ces kystes peut même appartenir à une période et le second à une autre : tel est le fait de Barnes (n° 10), dans lequel l'une des deux poches fut trouvée remplie d'une matière molle lardacée et l'autre occupée par une couronne développée.

D'un kyste ainsi formé de deux loges par accolement de deux follicules, nous pouvons conclure à la réunion d'un plus grand nombre de follicules et arriver ainsi à ces kystes multiculaires dans lesquels nous serions tenté de faire rentrer l'observation déjà mentionnée de Dupuytren (n° 15) et celle de M. Forget (n° 40).

Un autre mécanisme de formation d'un kyste multiloculaire peut encore être invoqué; nous en avons déjà parlé plus haut : un kyste occupant primitivement un seul follicule peut, dans le cours de son développement progressif, rencontrer de la part de l'os maxillaire des obstacles matériels à son expansion régulière, et éprouvant alors des inflexions ou des contours divers, franchissant par exemple une aréole pour s'épanouir de nouveau au delà, il peut en résulter des cloisonnements ou divisions en loges multiples qui peuvent rester communicantes ou qui peuvent devenir distinctes par l'oblitération ultérieure des orifices de communication.

2° *Pathogénie des kystes périostiques.*

Le périoste dentaire, appelé également périoste *alvéolo-dentaire*, est une membrane fibreuse simple interposée dans l'alvéole entre le tissu osseux du maxillaire et la surface de la racine recouverte comme on sait d'une couche spéciale de nature également osseuse, le *cément*. Cette membrane sert donc, au point de vue anatomique, d'intermédiaire, de moyen de fixation de la

dent dans chaque alvéole, tandis qu'au point de vue physiologique, elle établit une transition vasculaire et permet l'échange des éléments nutritifs dans la couche de cément et par suite aussi dans l'ivoire lui-même avec lequel le cément conserve des anastomoses canaliculaires. Ce rôle du périoste a une grande importance à l'égard de la nutrition et des propriétés vitales de la dent : il concourt avec la pulpe centrale à l'entretien et à la conservation des fonctions de l'organe, et lorsque celui-ci est privé de la pulpe, élément principal de nutrition et de sensibilité, le périoste peut suppléer dans une certaine mesure à cette suppression importante et permettre à la dent de conserver un certain échange de matériaux compatible avec son maintien au sein des mâchoires.

Le périoste dentaire qui tapisse toute la surface radiculaire d'une dent se prolonge au niveau du collet avec le derme muqueux de la gencive et au sommet de la racine avec la gaîne fibreuse lâche des vaisseaux et nerfs qui pénètrent par là au centre de la dent, et se ramifient dans la pulpe dentaire. Son adhérence très-intime avec le cément et la surface de la racine est au contraire lâche avec la paroi osseuse de l'alvéole, de telle sorte qu'il appartient en réalité à la dent elle-même, à laquelle il reste fixé, quand on vient à extraire celle-ci. Cette disposition ne se rencontre toutefois qu'à l'état sain, car si le périoste est plus ou moins altéré, il perd aussitôt son adhérence avec le cément, s'injecte, se ramollit et se déchire très-aisément. Il résulte fréquemment de ces lésions, lorsqu'elles se renouvellent fréquemment ou lorsqu'elles passent à l'état chronique, que le *cément*, couche osseuse radiculaire, éprouve certains troubles qui peuvent entraîner sa nécrose et sa chute et même se propager à l'ivoire sous-jacent sous forme de résorptions partielles que nous aurons à signaler.

Au point de vue de sa structure, le périoste dentaire est parfaitement assimilable au périoste osseux, dont il joue d'ailleurs le rôle, et il rappelle assez bien en même temps la constitution de la paroi du follicule dont il est, ainsi que nous l'avons dit, le représentant exact à l'état adulte. On sait en effet qu'au moment de l'éruption, la couronne perfore, au sommet du folli-

cule, l'enveloppe de celui-ci qui après s'être laissée ainsi traverser, se fixe au collet et s'étale de là à mesure que s'effectue la formation de la racine, sur la surface de celle-ci.

Histologiquement, on trouve le périoste composé d'une trame fibreuse assez serrée, dépourvue d'éléments élastiques, d'une teinte grisâtre uniforme à l'état normal, plus ou moins rouge à l'état d'inflammation; pourvue de vaisseaux et de nerfs. Les vaisseaux sont très-nombreux et les nerfs sont formés de faisceaux de tubes larges.

La situation et la constitution de ce périoste sont de nature à le rendre éminemment susceptible d'être influencé par les diverses circonstances, accidentelles ou pathologiques, qui viennent frapper l'organe dentaire : aussi ses affections sont-elles très-fréquentes. Son siége spécial, dans la cavité alvéolaire, augmente en outre ses chances d'altération, de sorte que même après la disparition par une cause quelconque de la couronne d'une dent, sa persistance autour d'une racine ou d'un débris même très-réduit de volume peut encore donner lieu à une des lésions si nombreuses et si variées dont il est le siége.

Or, sous l'influence d'une des causes que nous avons indiquées plus haut, le périoste peut se soulever sur une certaine étendue et se séparer ainsi de la surface du cément sous-jacent. Ce soulèvement se produit soit sur un des côtés de la racine, soit au niveau du sommet. Ce dernier cas est de beaucoup le plus fréquent. Une quantité d'abord très-faible de liquide se trouve ainsi collectionnée au-dessous de la membrane et sécrétée par sa face profonde. Si la poche occupe exactement le sommet au point correspondant à l'orifice du canal dentaire, la condition essentielle de sa formation est la non-perméabilité de ce même canal, car si celui-ci restait perméable, le liquide trouvant à mesure de sa sécrétion une issue naturelle, la collection ne pourrait se former. Or, l'absence de perméabilité se présente dans deux circonstances : ou bien la dent siége du kyste est restée physiquement intacte sans carie ou fracture préalable de sa couronne et la maladie est dès lors spontanée; ou bien, la dent siége du kyste est profondément cariée ou c'est une racine isolée après la destruction ou la fracture de la couronne; la

maladie est alors consécutive à une lésion dentaire antérieure. Dans le premier cas, la poche kystique est naturellement close, puisque le canal dentaire n'a qu'une ouverture, celle du sommet radiculaire qui s'ouvre dans le kyste; dans le second, la poche n'est close que par un phénomène particulier de production de dentine secondaire qui produit l'oblitération de la cavité de la pulpe et de ses dépendances.

Si, par opposition à ces deux cas, la racine reste perméable, aboutissant à une ouverture dans la bouche, un kyste est nécessairement irréalisable et la lésion est alors caractérisée par le suintement séreux ou purulent, qui complique, comme on sait, certaines caries pénétrantes. C'est à propos de ces cas que nous avons rappelé que l'obturation peut devenir cause occasionnelle d'un kyste par la rétention du liquide qui en est la conséquence (1).

Quoi qu'il en soit, la petite poche, une fois formée, augmente peu à peu de volume par la production continue du liquide. Celui-ci est de nature variable : souvent séreux au début, il reste tel pendant toute l'évolution morbide; d'autres fois il est séro-purulent ou même tout à fait purulent ; toutefois sa constitution peut changer sur place et tantôt un liquide d'abord séreux peut devenir purulent, tantôt de purulent au début il devient séreux. Broca a déjà indiqué ce second mode de transformation (2). Dans aucun cas de kyste périostique, nous n'avons trouvé signalée la présence de ces matières caséiformes qui se rencontrent dans quelques kystes folliculaires.

Aussitôt que la poche kystique a acquis un certain volume, il survient un nouveau phénomène, c'est la disparition de la couche de cément dans toute l'étendue limitée par l'insertion de la

---

(1) Cette rétention d'un suintement au sommet radic[illegible] ed'une dent profondément cariée ou d'une racine ne donne pas toutefois nécessa.rement lieu à un kyste. Le cas est même assez peu fréquent. Les accidents, dans ces circonstances, preunent plus souvent une autre physionomie, et on voit apparaître tantôt un phlegmon et un abcès de la gencive, tantôt un phlegmon de la joue qui peut acquérir une gravité et des conséquences qui mettent parfois en question la vie des malades. C'est ainsi que les accidents les plus redoutables ont pu avoir pour point de départ une simple obturation pratiquée intempestivement.

(2) Traité des tumeurs, t. II, p. 121.

paroi. Le cément, couche osseuse, est frappé de nécrose, et ses éléments dissociés tombent dans la cavité ou sont résorbés.

Cette résorption ne s'arrête pas au cément, et la substance de l'ivoire sous-jacent la subit à son tour. C'est à ce phénomène que nous avons attribué cette usure d'une étendue plus ou moins grande d'une racine, et la présence de ces pointes ou aspérités qu'on trouve dans ce cas.

La production de la poche kystique entraîne encore une autre conséquence, c'est l'allongement ou la déviation de la dent qui en est le siége. Si la tumeur siége au sommet, c'est un allongement qui se produit et qui s'accompagne souvent d'une certaine mobilité. Siége-t-elle sur les côtés, la dent éprouve un renversement, une sorte de bascule, qui porte la couronne du côté correspondant à la saillie. La dent qui est le siége de la lésion n'est pas la seule qui puisse subir ces déviations, et les voisines peuvent également l'éprouver.

Un autre phénomène doit encore être signalé : lorsqu'un kyste a pris naissance sur une dent restée intacte et saine, comme cela a lieu à la suite d'un traumatisme, le développement de la poche au sommet de la racine a pour conséquence de modifier dans son organisation le faisceau vasculo-nerveux qui pénètre dans le canal dentaire. Ce faisceau subit dabord une distension, un allongement : aussi le début de certains kystes périostiques est-il fort douloureux ; ensuite ce faisceau se mortifie ou se brise par l'effort progressif d'expansion de la poche. Aussitôt qu'il est détruit, la pulpe dentaire centrale, privée de tout élément de nutrition, se gangrène, et la conséquence immédiate de cet accident est la coloration grise, bleuâtre ou noire de la totalité de la couronne (1).

Il y a, comme on voit, une grande différence entre la physionomie d'une dent contenue dans un kyste folliculaire, et celle d'une dent devenue l'origine d'un kyste périostique, et tandis que dans le premier cas la dent régulière ou atrophiée présente

(1) Ce phénomène de coloration de la couronne est le signe certain de la mortification de la pulpe, soit qu'elle survienne à la suite de la commotion ou de l'inflammation avec étranglement de l'organe, soit qu'elle résulte de la rupture de ses communications vasculaires.

une transformation dentinaire de sa pulpe, et une oblitération de la cavité qui la contient; dans le second, la pulpe et les vaisseaux se mortifient en laissant vides la cavité centrale et les canaux radiculaires. Quant à la paroi, elle prend dans les deux espèces de kystes son insertion sur un point de la racine plus ou moins rapproché du collet, et s'étale de là pour constituer la poche qui contient, s'il s'agit d'un kyste du follicule (*période coronaire*), la couronne libre dans la cavité, tandis que s'il s'agit d'un kyste périostique, c'est la racine dénudée qui baigne dans le liquide. La figure ci-jointe indique le mode de formation d'un kyste périostique.

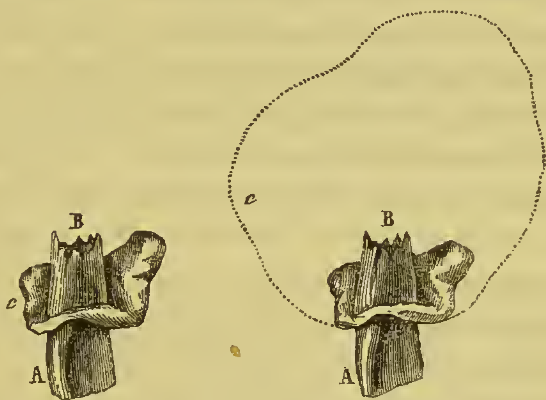


Fig. 7. — Kyste du maxillaire supérieur développé autour de la racine d'une incisive supérieure centrale. A, la couronne occupant dans la bouche sa place normale; B, l'extrémité de la racine nue dans le kyste et ayant éprouvé des phénomènes de résorption; *c*. la paroi du kyste qui, dans le dessin de droite, est représenté schématiquement dans son épanouissement au sein du maxillaire.

Dans la transformation du périoste dentaire en paroi kystique, la membrane n'éprouve pas une simple distension de sa substance, et de même que pour la paroi du kyste folliculaire, elle augmente parfois d'épaisseur par un phénomène d'hypergénèse des éléments qui la composent. Il se forme aussi à sa face profonde une couche d'épithélium sphérique ou polyédrique, tantôt simple, tantôt stratifiée, présentant parfois des villosités qui baignent dans le liquide. Cette formation a lieu par genèse directe. Ces cellules épithéliales se détachent assez souvent de la paroi, et peuvent, en outre, éprouver diverses modifications intimes,

comme l'état granuleux, la transformation graisseuse, etc., ainsi que nous l'avons signalé plus haut.

Lorsque enfin un kyste périostique a acquis un certain volume et qu'il a dépassé, par exemple, la grosseur d'une noisette, il prend ordinairement une direction mieux déterminée, et c'est alors qu'il se porte, comme on sait, plus particulièrement vers le côté externe des mâchoires, et vient ainsi faire saillie, soit dans le vestibule, soit sous le tégument extérieur des lèvres ou des joues.

Dans son mouvement d'expansion au sein du maxillaire, un kyste rencontre souvent une racine voisine, au contact de laquelle il arrive, par suite de la résorption de la paroi alvéolaire intermédiaire. Alors il peut la contourner ou lui faire éprouver une déviation qui produit la bascule de la couronne, ainsi que nous l'avons signalé plus haut, ou bien il envahit le périoste qui la protége, et la cavité, au lieu de contenir une racine nue, arrive à en renfermer deux ; les observations de Coote (nº 46) et de Gosselin (nº 58) sont dans ce cas. Au lieu de deux racines on en trouve parfois un plus grand nombre : ainsi dans le fait observé par M. Houel (nº 44), il y a trois racines dénudées. Dans celui de Wilks (nº 35), il y a une particularité spéciale, et quatre racines avaient éprouvé simultanément l'altération kystique, de sorte qu'on reconnut la présence d'un même nombre de poches, correspondant à autant d'alvéoles dilatés, et renfermant chacun une racine dénudée.

Ce dernier fait, qui est relatif à la production des kystes multiples du maxillaire, nous ramène à la question des kystes multiloculaires, et, cette fois, de l'espèce périostique en particulier. Or, leur mécanisme de production ne diffère nullement de celui des kystes folliculaires. Tantôt, comme dans cette observation de Wilks, le kyste multiloculaire est représenté par plusieurs poches isolément développées, restant distinctes où se pénétrant ultérieurement, tantôt une seule poche qui par suite des obstacles divers qu'il rencontre dans son développement, se subdivise, se cloisonne, bien qu'elle reconnaisse comme point de départ unique une seule racine dentaire. C'est dans cette dernière catégorie que rentrent le fait de Le enneur (nº 61), dans lequel un kyste de

douze loges apparut après des tentatives d'extraction d'une molaire, et autour des racines de celle-ci, et l'autre fait de Mayor fils (n° 43), dans lequel le kyste, composé d'un nombre de loges indéterminé, fut attribué à la fracture de deux couronnes dans une tentative d'extraction.

3° *Pathogénie des kystes enveloppant un corps étranger (kystes périgènes).*

Nous devons, pour être complet, mentionner le troisième et dernier mode d'évolution d'un kyste, c'est-à-dire celui qu a pour point de départ un corps étranger. Nous n'en connaissons dans la science qu'un seul fait, qui appartient à la cliniqu de M. Maisonneuve (1). Nous n'avons pas à développer ici le mécanisme de formation d'un kyste dans ces circonstances; ce phénomène est commun à tous les corps étrangers, dont la présence est tolérée par l'économie, grâce à cet enkystement même. Nous renvoyons le lecteur aux observations des faits de ce genre, sur lesquels nous n'avons, d'ailleurs, aucune expérience personnelle.

Si nous résumons maintenant nos considérations sur la pathogénie des kystes des mâchoires, nous dirons qu'abstraction faite de ceux qui ont pour origine un corps étranger, inerte ou vivant (2), tous les kystes spontanés restent soumis à nos deux explications: ils proviennent tantôt du follicule, tantôt du périoste. La grande majorité des cas que nous avons recueillis rentrent exactement dans cette répartition, soit que les auteurs aient eux-mêmes indiqué telle ou telle provenance, soit que les détails des faits présentés nous aient paru suffisamment démonstratifs pour nous conduire à les ranger dans l'une où l'autre de ces deux catégories.

---

(1) Cliniq. chirurg., 1863, t. I, p. 395.

(2) On pourra se demander peut-être pourquoi nous ne parlons pas, à propos des kystes périgènes, de ceux qui peuvent se produire autour d'un corps vivant, un entozoaire, par exemple. La présence de kystes hydatiques a en effet été admise *a priori*, il est vrai, dans les mâchoires, ou du moins quelques kystes indéterminés ont pu être attribués à une intervention de ce genre. Ces affirmations sont sans preuves, et jusqu'à ce jour aucun exemple rigoureusement constaté n'a été reconnu.

On a vu, d'ailleurs, à cet égard, de quelle manière nous avons procédé dans ce classement : ainsi, toutes les fois qu'un kyste a été trouvé renfermant une dent ou une couronne dentaire, soit atrophique, soit normale, nous avons cherché à rapprocher cette circonstance, déjà si démonstrative, de certaines conditions relatives à l'âge du sujet, aux particularités du système dentaire, et c'est ainsi que nous avons pu conclure à la détermination d'un kyste folliculaire. Lorsque le kyste occupait manifestement le siége correspondant à un follicule non développé ou à une dent restée manquante, nous avons cru pouvoir admettre encore sa nature folliculaire, en nous basant sur l'âge du sujet et la période de début de la tumeur, coïncidant avec certaine phase embryonnaire du follicule.

Pour les kystes périostiques, nous avons la conviction d'avoir agi également avec une suffisante rigueur : un kyste n'a été affirmé *périostique* que si, la poche ayant été ouverte, il a été possible de reconnaître, plongeant dans le liquide, la racine dénudée de son périoste, ou tout au moins si la maladie, survenue à l'âge adulte, a pris évidemment naissance à la suite de certaines lésions : tentatives d'extraction restées infructueuses ; carie profonde, ayant détruit la couronne; traumatismes divers; obturation intempestive, et l'on vient de voir quel est alors le mécanisme exact de la production. A ces éléments de démonstration s'est ajouté, dans beaucoup de circonstances, ce détail que, lorsqu'on a pratiqué l'avulsion de la dent ou de la racine soupçonnée, le liquide du kyste s'est échappé par l'alvéole ouvert, et que la guérison a pu s'obtenir par cette voie.

Toutefois, un certain nombre des observations qui figurent dans la science échappent à toute explication pathogénique, et quelle qu'ait été l'attention apportée à leur examen, nous n'avons pu réussir à les classer : leurs auteurs ne les désignent point autrement que sous le nom de *kystes* de tel ou tel maxillaire. Nous les avons indiqués dans notre relevé et dans le tableau d'ensemble comme *kystes indéterminés ou douteux*. Parmi eux, 8 figurent dans les kystes uniloculaires, 5 dans les kystes multiloculaires, ce qui porte à 13 sur 100 le nombre des faits qui paraissent se présenter *a priori* sans explication pathogénique.

Si nous examinons isolément ces 13 faits, nous constatons immédiatement que les observations qui les représentent contiennent pour le plus grand nombre des défectuosités et des lacunes évidentes de description, c'est-à-dire qu'elles manquent des détails suffisants pour en fixer le caractère et la signification. Cette circonstance trahit de la part de leurs auteurs une certaine négligence ou une absence complète de préoccupation étiologique. Parmi les lacunes qu'on y constate, ce sont surtout les renseignements touchant l'état du système dentaire qui sont nuls ou incomplets. Dans de telles conditions la reconstitution d'un fait pathologique est impossible, et nous serions, par cela même, pleinement autorisé à négliger complètement de pareilles relations.

Si d'autre part nous envisageons isolément les kystes multiloculaires, à propos desquels, en particulier, plusieurs chirurgiens ont été tentés d'émettre des doutes sur l'intervention dentaire dans le mécanisme de leur formation, nous trouvons dans nos chiffres que sur un total de 9 kystes multiloculaires sur 100, 6 nous paraissent avoir encore une origine saisissable : l'un d'eux est le fait déjà cité et recueilli par Dupuytren (n° 15), chez une petite fille de 7 ans qui, après une contusion violente sur la face, eut un gonflement du maxillaire inférieur, et l'autopsie montra, comme on la vu, l'existence de cavités multiples, dont le nombre n'est pas indiqué et qui étaient remplies de sang et de masses fibrineuses. Or, les mâchoires sont, comme on sait, occupées à cet âge par un nombre considérable de follicules en voie d'évolution, et n'est-on pas fondé, jusqu'à un certain point, à admettre, dans cette lésion, l'intervention de ces follicules? Un second fait, dû à Barnes (n° 10), est, comme on l'a vu, bien plus démonstratif : un kyste biloculaire a été trouvé occupé dans l'une des poches par une matière molle, tandis que l'autre contenait une dent.

En outre, quatre faits de kystes multiloculaires peuvent être nettement rattachés à la nature périostique, ce sont ceux que nous avons déjà mentionnés de Wilks (n° 35), Coote (n° 46), Letenneur (n° 61), Mayor (n° 43).

Si l'on étudie ces quatre derniers faits sans prévention, il nous

paraît impossible de ne pas reconnaître leur nature périostique, exactement conforme au processus que nous avons décrit.

Restent donc, en définitive, 3 cas de kystes mutiloculaires, qui subsistent sans explication possible. Nous persistons à déclarer ces faits incomplètement observés et décrits. On peut dès lors se livrer à leur égard à toutes sortes d'hypothèses et admettre, par exemple, avec Paget et les auteurs anglais, qu'ils rentrent dans cet état décrit sous le nom de *maladie kystique* des maxillaires. M. Giraldès paraît s'être rallié à cette manière de voir absolument négative, car le terme de *maladie kystique* est un mot et non une explication. Dans une discussion récente qui fut soulevée à la Société de chirurgie, par la communication d'un fragment du présent travail (1). M. Giraldès a contesté l'exactitude de cette double explication des kystes folliculaires et des kystes périostiques, ne consentant à admettre que les premiers. Cette exclusion est au moins singulière, si l'on songe au nombre considérable de kystes périostiques incontestables qui figurent dans la répartition générale. Nous ne pouvons récuser l'entière bonne foi de M. Giraldès; aussi sommes-nous contraint d'admettre que ce chirurgien, dont l'érudition anglaise est si remarquable, oublie ou méconnaît les documents relatifs à l'existence des kystes du périoste, signalés par les auteurs français et allemands : tels sont, par exemple, les faits déjà anciens de Delpech, ceux de Fischer d'Ulm, dans lesquels des lambeaux considérables de la paroi furent entraînés avec la racine malade, celui de M. Dolbeau, désigné sous le nom de *kyste alvéolo-dentaire;* celui de M. Verneuil, si remarquable et si complet; ceux que nous avons personnellement indiqués dès 1860, etc. Nous ne voyons pas en vérité quel avantage et quel progrès apporte à la science chirurgicale, la négation systématique de faits établis, remplacée par cette opinion qu'il est préférable de considérer comme indéterminée une lésion bien reconnue, et de lui refuser le bénéfice d'une explication théorique fondée d'autre part sur l'immense majo-

---

(1) Voir Bulletin de la Société de chirurgie, séance du 19 novembre 1872, et *Gazette des hôpitaux*, même année, p. 1064.

rité des observations. Nous pensons plutôt que les faits restés indéterminés doivent être, à plus juste raison, distraits de la discussion scientifique à titre d'observations incomplètes ou incorrectes, et qu'il est rationnel d'attendre qu'un fait rigoureusement observé vienne infirmer une doctrine basée sur des relations authentiques.

D'ailleurs, le plus grand nombre des chirurgiens, aussi bien en Angleterre et en Allemagne qu'en France, se range déjà à la théorie que nous défendons : MM. Broca, Verneuil, Dolbeau, etc., sont du nombre. Tout récemment enfin, M. F. Guyon, dans un très-remarquable article sur la *pathologie des os maxillaires* (1), arrive aux mêmes conclusions que nous-même. Divisant d'abord dans sa description les kystes des mâchoires en *kystes dentaires* et *kystes non dentaires*, il étudie avec le plus grand soin la physionomie particulière à ces derniers. Détachant alors de leur description les kystes propres au sinus, il envisage ceux qui, soit uniloculaires, soit multiloculaires, ne lui paraissent pas, au premier abord, se rattacher aux dents. Dans une savante discussion des faits, il est facile de constater que l'auteur reste constamment préoccupé de la recherche pathogénique et que, saisissant au passage les documents de nature à fixer la relation étiologique, il est fatalement conduit à cette conclusion « que les dents jouent un rôle capital, médiat ou immédiat dans la production de toutes les formes de kystes des mâchoires. » Nous enregistrons précieusement cette conclusion conforme à la doctrine que nous nous sommes efforcé d'établir. Nous nous croyons donc autorisé à espérer que, dorénavant, tout kyste que la science aura à enregistrer devra nécessairement trouver sa place dans la classification pathogénique que nous avons établie.

V. — Etude clinique des kystes des machoires. — Observations personnelles. — Conclusions.

Nous avons dit, en commençant ce travail, que notre intention n'était pas de donner à l'étude clinique des kystes des mâchoires une grande étendue, par la raison que les traités chirur-

(1) Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. V, 2e série, p. 429.

gicaux ont présenté ces faits avec un développement assez complet et une exactitude suffisante. Nous insisterons toutefois sur plusieurs points spéciaux.

On s'accorde à reconnaître qu'un kyste des mâchoires, même parvenu à un grand volume, est généralement indolent. Ceci est vrai, surtout pour les kystes folliculaires, en raison de la faible proportion de rameaux nerveux qu'on rencontre dans les diverses parties composantes du follicule; le bulbe dentaire, en particulier, si riche en nerfs du sentiment à l'état de pulpe chez l'adulte, en est presque absolument dépourvu à sa période embryonnaire. Toutefois, si ce n'est pas par lui-même qu'un kyste folliculaire peut être douloureux, il le devient quelquefois par suite de la compression qu'il peut exercer ultérieurement sur des points voisins : Ainsi, un kyste du maxillaire inférieur peut comprimer le canal dentaire, et provoquer des douleurs soit localisées sur le nerf correspondant, soit s'irradiant à des branches anastomotiques ou à d'autres rameaux de la cinquième paire. De même, un kyste du maxillaire supérieur peut produire le même effet sur le nerf sous-orbitaire, cas toutefois beaucoup plus rare en raison de la présence du sinus qui se prête déjà à un développement considérable et aussi à la tendance bien reconnue qu'ont les kystes à se porter plus volontiers en dehors.

Si l'indolence est le caractère des kystes du follicule à leur début, c'est la relation inverse qu'on rencontre parfois pour les kystes du périoste. En effet, nous avons vu que, si une lésion de cet ordre atteint une dent restée intacte, avec conservation de sa pulpe et de ses rameaux nerveux, le tiraillement qu'éprouvent ceux-ci au début donne lieu aux douleurs les plus vives, et c'est dans ce cas que les malades ayant sollicité l'ablation de la dent correspondante, celle-ci a pu être enlevée, portant intacte à son sommet une poche kystique du volume d'un pois, d'une noisette ou davantage. Au contraire, si la poche prend naissance sur une racine privée de ses éléments nerveux et vasculaires, la maladie peut, pendant toute sa durée, se maintenir absolument indolente.

Les signes subjectifs des kystes des mâchoires sont, comme on le voit, très-variables. Il n'en est pas de même des signes objec-

tifs : ainsi, un kyste apparaît à son début sous forme d'une petite tumeur, dure et incompressible; puis en grossissant, elle devient plus molle tout en conservant avec l'os une dépendance absolue sans mobilité. Les téguments restent libres à la surface, et ne participent d'ordinaire aucunement à la lésion, si ce n'est toutefois la muqueuse buccale qui présente souvent une notable injection et un aspect un peu variqueux du réseau veineux. La pression du doigt détermine assez aisément, dans les kystes à contenu liquide, une dépression et souvent un certain bruit dont il a été beaucoup parlé, et qu'on attribue bien à tort à Dupuytren, le bruit dit de *parchemin*. Ce signe n'est autre que le bruit de *coques d'œuf* indiqué au siècle dernier par Runge (1) et Jourdain (2). Il n'est d'ailleurs pas constant : les kystes à contenu butyreux ne le présentent pas. Notre observation première est dans ce cas, et l'on verra que l'absence de cette particularité est devenue, jointe à d'autres détails du fait, l'occasion de grandes difficultés de diagnostic. D'autre part, certaines affections qui ne sont pas des kystes véritables, peuvent la présenter : tel a été le fait de M. Verneuil, et qui fut diagnostiqué kyste en raison de l'existence de ce signe et de quelques autres qui sont propres à cette lésion (3).

La condition essentielle de la présence de ce bruit est l'existence d'une paroi osseuse, mince, sous-jacente à la muqueuse. Or, cette paroi peut manquer, non pas originairement, mais par suite de résorption consécutive. Il est vrai d'ajouter que, dans ce dernier cas, l'existence d'une fluctuation, aisément perceptible au travers de la poche membraneuse, constitue un phénomène non moins certain.

Quelques observateurs ont signalé la présence d'un autre signe dans les kystes d'un grand volume. C'est la transparence qui devient alors un caractère pathognomonique.

En opposition à la fluctuation et à la dépressibilité de la plupart des kystes, nous mentionnerons les cas où la paroi au

---

(1) Loc. cit. Obs. 2, p. 214.

(2) Loc. c., p. 42, 111 et 116.

(3) Voir la communication de M. Thaon. Comptes-rendus et mémoires de la Soc. de biologie. Séance du 9 novembre 1872.

lieu d'offrir un amincissement plus ou moins marqué, devient au contraire très-épaisse, par suite d'une sorte de sclérose, ce qui est de nature à causer une grande obscurité de diagnostic.

Dans tous les cas, on n'observe dans les phénomènes produits par un kyste, aucun engorgement ganglionnaire, aucun retentissement de voisinage, si ce n'est quelques phénomènes névralgiques directs ou réflexes dus à la compression des rameaux nerveux par la tumeur.

Enfin, un certain nombre de kystes peuvent manquer absolument de symptômes et de signes perceptibles. Ce sont ceux qui, nés dans le maxillaire supérieur, se développent lentement et insensiblement dans le sinus dont ils refoulent la paroi sans produire aucune saillie extérieure. Dans ce cas, la lésion peut passer absolument inaperçue pendant la vie et ne devenir constatable que sur le cadavre. C'est là le cas d'une pièce que nous avons signalée dans notre relevé statistique (n° 89).

La lenteur extrême dans leur développement est un des caractères des kystes des mâchoires. C'est ainsi que des malades ne se sont préoccupés de leur état qu'après un temps très-long, dix ou vingt années par exemple : M. Dolbeau nous disait dernièrement qu'il en a observé un datant de vingt-cinq années. Quelquefois un kyste parvenu à un certain volume s'arrête et reste indéfiniment stationnaire. D'autres fois, après avoir progressé très-lentement pendant un certain laps de temps, il prend rapidement un accroissement presque subit et force le chirurgien à intervenir. Rarement un kyste s'ouvre spontanément par un phénomène d'ulcération sur un point de sa paroi. Cette issue a été reconnue cependant plusieurs fois, mais ordinairement l'orifice très-étroit qui se produit alors donne issue à une petite quantité de liquide, puis s'oblitère de nouveau et la maladie reprend sa marche. Quand une ouverture est ainsi survenue une fois dans le cours du développement, elle se reproduit de temps en temps et le contenu s'écoulant ainsi partiellement, cette circonstance devient une condition de la persistance de la tumeur à un certain volume qu'elle ne dépasse que pour se vider de nouveau.

Toutefois, il ne faudra pas confondre ce phénomène acci-

dentel avec les petits épanchements ordinairement purulents ou séro-purulents qui compliquent certains kystes et qui se produisent dans la bouche au sein du tissu cellulaire interposé entre la muqueuse et la paroi osseuse kystique. La suppuration de l'intérieur d'un kyste devient aussi l'occasion de son ouverture spontanée, et dans ce cas on peut admettre que la maladie prend la physionomie d'un abcès véritable qui se substitue a son caractère primitif.

Une autre circonstance peut encore amener l'ouverture d'un kyste, c'est l'extraction d'une dent ou d'un débris dentaire sur un point correspondant. L'opération peut, en effet, permettre au liquide de la cavité de s'écouler par l'alvéole. Cette circonstance permettra d'affirmer qu'il s'agit alors d'un kyste périostique, mais elle ne sera pas toujours une condition de guérison, car si la paroi n'a pas été entraînée au moins en partie avec la racine, la poche pourra se refermer et continuer son développement.

Certains kystes des mâchoires ont présenté cette particularité, qu'on y sentait des battements isochrones à ceux du pouls, ce qui peut faire croire à une tumeur vasculaire ou une tumeur à myéloplaxes. Cette circonstance est toutefois assez rare et doi être attribuée, selon nous, soit à la vascularité extrême de la membrane kystique, soit à la présence de quelque artériole profonde atteinte par le kyste dans son développement et devenue contiguë à la paroi. Le liquide de la poche transmet ainsi au doigt les ondulations imprimées par les battements du vaisseau.

Le *diagnostic* des kystes des mâchoires comprend deux sortes de déterminations : en premier lieu, il devra distinguer un kyste des affections qui peuvent le simuler ; en second lieu, il aura pour but de discerner un kyste *folliculaire* d'un kyste *périostique.*

Le premier de ces deux problèmes a été longuement étudié par les auteurs, et l'on connaît l'ensemble des données qui permettent d'établir l'existence d'un kyste. Nous n'y reviendrons pas. Rappelons une circonstance sur la valeur de laquelle insistent si justement MM. Broca et Verneuil, c'est que les tumeurs

solides, corps fibreux, osseux ou cartilagineux, odontomes, etc., envahissent également les deux côtés d'un maxillaire, tandis qu'un kyste se porte presque toujours en dehors.

Disons aussi que si, d'une part, certaines productions molles, qu'elles soient enkystées ou non, présentent des signes communs avec les kystes, d'autre part, certains kystes sont d'une dureté et d'une incompressibilité telles, que leur détermination est bien difficile. Tel a été le cas déjà signalé de notre observation première et tel aussi celui de M. Fuzier (fig. 3) s'il eût été signalé pendant la vie. Nous dirons cependant qu'à ce dernier point de vue, les kystes qui restent durs et incompressibles sont ceux du follicule dentaire et surtout ceux qui occupent le maxillaire inférieur, branche horizontale ou branche montante. En effet, les deux lames compactes de l'os s'écartant progressivement et lentement, conservent toute leur rigidité et il faut alors, pour établir un diagnostic, invoquer les circonstances indirectes, telles que: l'absence d'une dent à sa place normale ; l'apparition de la tumeur dans le même lieu ; l'âge du sujet dans sa concordance avec telle ou telle période folliculaire, etc.

Une tumeur molle, enkystée, peut offrir tous les signes d'un kyste et ne se révéler dans sa véritable nature qu'à l'ouverture de la poche : la fluctuation, le bruit parcheminé, l'indolence, la marche, les divers signes sont les mêmes, et si l'on pratique l'exploration directe on trouve un produit organique parfois compacte et assez résistant comme dans un cas observé dans les derniers temps par M. de Saint-Germain à l'hôpital Saint-Antoine, ou une masse très-molle et très-friable comme dans le fait déjà cité de M. Verneuil.

Dans les cas douteux, le diagnostic ne saurait être établi que par un seul procédé, la ponction exploratrice ou l'ouverture largement pratiquée de la tumeur, et à cet égard nous devons ajouter encore que parfois l'existence d'un kyste reste encore douteuse après l'emploi de la ponction simple : ainsi, tandis qu'un kyste séreux peut se vider entièrement par un trocart explorateur d'un diamètre très-restreint, un liquide épais et sirupeux ne s'écoule que difficilement, et une matière caséiforme

ne s'engage nullement dans l'instrument. Il est vrai d'ajouter que la ponction faite avec les aspirateurs Dieulafoy ou Potain devront donner toujours un résultat, sauf pour les kystes butyreux et que d'ailleurs la ponction ne compromet nullement l'emploi de tout autre procédé opératoire applicable à une tumeur solide quelconque.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces détails. Nous ne dirons qu'un mot des caractères différentiels entre les kystes et les abcès ou collections diverses de nature inflammatoire, tels que par exemple les épanchements séro-sanguinolents ou purulents qui se produisent parfois au-dessous du périoste des maxillaires consécutivement à des altérations dentaires profondes, la périostite chronique, les tumeurs du périoste, l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. Ces épanchements ne sont pas des kystes; leur processus est éminemment inflammatoire et ils se résorbent ordinairement soit spontanément, soit à la suite du traitement des lésions dentaires primitives. C'est bien à tort toutefois que Guyon nous fait dire (Dictionn. encyclopéd. des sciences médicales, 2e série, t. V, p. 417) que nous refusons de reconnaître à ces épanchements une origine dentaire. Telle n'a pas été notre pensée et nous avons voulu seulement les différencier nettement des kystes proprement dits, leur conservant le terme d'épanchements ou collections *sous-périostiques* des mâchoires.

Le diagnostic différentiel des deux variétés de kystes des mâchoires est un problème qui sans avoir une grande importance pratique, présente un certain intérêt :

D'une manière générale, lorsque le début d'un kyste a coïncidé chez un sujet jeune avec la rétention d'un follicule et l'absence dans la série normale de la dent qu'il représente, laquelle est remplacée ou non par la dent temporaire correspondante, on devra soupçonner la nature folliculaire de la poche. La détermination sera un peu plus difficile si l'arcade dentaire étant au complet le kyste a pris naissance aux dépens d'un follicule surnuméraire. Dans ce dernier cas, toutefois, le siége du kyste se trouvera plus ou moins éloigné du bord alvéolaire ; ce sera le plus ordinairement un kyste hétérotopique, et dans les circonstances qui permettront d'en établir la probabilité, si-

non la certitude, on devra considérer spécialement l'âge du sujet, le siége et le mode de développement de la tumeur.

D'autre part, toutes les fois qu'un kyste ayant débuté dans l'âge adulte aura coïncidé dans son apparition avec des altérations dentaires, un traumatisme, des tentatives infructueuses d'extraction, on sera porté à admettre l'existence d'un kyste du périoste né sous l'influence de ces circonstances. Un autre signe distinctif d'une certaine valeur est l'indolence ordinaire des kystes folliculaires, tandis que les autres sont ordinairement douloureux à leur début, d'abord d'une manière presque constante, et parfois même pendant toute leur durée, ainsi que nous l'avons reconnu tout récemment chez une malade opérée par M. Th. Anger et qui depuis trois années qu'avait duré un kyste du maxillaire supérieur avait continuellement souffert.

En terminant ces considérations diagnostiques nous dirons un mot des rapports des kystes du sinus et de ceux des mâchoires. Les kystes du sinus sont toujours dus à des altérations des glandes muqueuses de la paroi; ils sont multiples et s'accompagnent de certains phénomènes du côté des fosses nasales. En dehors de ces kystes spéciaux on n'en connaît point d'autres, et, de fait, il est difficile d'admettre une collection ayant pour siége la cavité même du sinus; l'ouverture normale du méat moyen des fosses nasales donnerait au liquide une issue incessante et, sauf le cas d'oblitération, s'opposerait par conséquent à une formation de nature purement kystique. C'est ainsi que beaucoup de collections indolentes du maxillaire supérieur ont été considérées comme siégeant au sein du sinus, tandis qu'elles avaient pour point de départ réel un sommet de racine et qu'elles n'occupaient la cavité du sinus que par refoulement de la paroi inférieure de celui-ci. Il peut même arriver qu'un point de cette paroi amincie et perforée livre passage au liquide d'un kyste périostique qui s'écoule par cette voie, et dans ce dernier cas la muqueuse du sinus s'enflamme à son tour et complique la maladie d'un catarrhe de cette cavité, affection longue et rebelle. C'est ce processus que suivent d'ordinaire certains abcès périostiques intra-alvéolaires des molaires supérieures et qui s'ouvrent parfois spontanément dans le sinus et par lui dans la narine correspondante.

Nous n'avons rien de particulier à ajouter touchant le diagnostic différentiel des kystes multiloculaires soit périostiques, soit folliculaires. La présence des poches multiples n'est guère déterminable, sauf quelques exceptions, que par l'incision ou la ponction de la tumeur. Ils siégent, comme on sait, plus particulièrement au maxillaire inférieur et se distinguent encore par leur énorme développement, d'où il résulte que l'os éprouve en quelque sorte dans la partie affectée une véritable transformation de sa substance, ce qui justifie, jusqu'à un certain point, le terme adopté par Paget et les chirurgiens anglais de *mal kystique* des maxillaires.

Le *traitement* d'un kyste des mâchoires doit répondre à deux indications fondamentales : 1o donner issue au contenu ; 2o provoquer la rétraction de la poche.

Pour remplir la première indication on peut employer soit la ponction simple ou aspiratrice, soit l'incision, soit la résection d'un lambeau de la paroi. La ponction peut suffire à donner issue à un liquide séreux ou même légèrement filant, mais il ne saurait livrer passage à une matière caséiforme. Encore moins pourrait-il permettre l'issue des matières solides qui occupent, comme on sait, dans le plus grand nombre des cas, un point du sac, dents ou couronnes avortées, plaques ou grains dentinaires, racines dénudées, etc. Un seul cas pourrait se prêter à la simple ponction suivie toutefois d'une injection irritante; c'est celui dans lequel une poche kystique se serait formée aux dépens d'une follicule à la période embryoplastique avec disparition totale de toute trace d'organes primitifs. Dans tous les cas, ce traitement que nous indiquons théoriquement n'a pas été appliqué et ne présente pas d'ailleurs, même dans le cas spécial que nous supposons, un avantage suffisant sur la méthode des larges ouvertures.

Un kyste étant diagnostiqué, on devra donc pratiquer sur le point le plus saillant de la poche et dans l'intérieur de la bouche une incision avec le bistouri et procéder à son exploration avec le doigt ou un instrument mousse, un stylet ou une sonde. On rencontrera donc tantôt une production d'origine bulbaire ou dentaire, ce qui établira la nature *folliculaire* du kyste,

tantôt un sommet dénudé et rugueux de racine saillant dans la poche, ce qui en démontrera le caractère *périostique*. Dans le premier cas on grattera avec soin l'intérieur de la poche avec une spatule ou un grattoir, de manière à détacher de la paroi les corps étrangers qui peuvent y adhérer et même à déchirer et entraîner des lambeaux mêmes de cette paroi. Dans le second cas, si une racine dénudée est rencontrée dans le kyste, on devra, si elle appartient à une dent intacte, tenter la guérison du kyste sans suppression de celle-ci; s'il s'agit d'un débris, d'une racine, il faudra l'extraire et on produira de la sorte une contre-ouverture immédiate de la poche et par là une sorte de drainage éminemment favorable à la guérison par l'emploi des pansements ou des lavages. Dans quelques cas plus simples le traitement pourra même consister exclusivement dans l'ablation pure et simple d'une racine dentaire brisée, et nous avons vu qu'on pouvait entraîner de la sorte à son début une petite poche soit intacte comme cela est arrivé à Delpech et à nous-même, soit déchirée, ce qui est le cas le plus ordinaire; d'ailleurs, l'entraînement d'un lambeau plus ou moins étendu de la paroi d'un kyste périostique avec une racine est une condition favorable à la guérison, et souvent dans ces cas, en laissant les choses abandonnées a elles-mêmes à la suite de l'avulsion, la rétraction s'effectue rapidement; c'est ce qui est arrivé à Fischer d'Ulm, qui obtint la guérison de vastes kystes en entraînant par l'extraction de racines des lambeaux considérables de leur paroi.

La plupart des chirurgiens ont l'habitude, après avoir ouvert largement un kyste des mâchoires et vidé son contenu, de pratiquer un tamponnement avec des boulettes de charpie sèches ou imbibées de substances irritantes et de renouveler ainsi cette pratique chaque jour. Sous cette influence, l'inflammation s'empare de la poche et sa diminution se produit ainsi progressivement. Les liquides dont on peut imbiber les boulettes de charpie sont la teinture d'iode, le nitrate d'argent, l'acide phénique ou l'alcool phéniqué, etc. Nous pensons que dans la plupart des cas de simples lavages avec des liquides aromatiques ou légèrement astringents peuvent suffire en abandonnant pour ainsi dire à lui-même le travail de rétraction. Les applications

caustiques ou même irritantes peuvent en effet provoquer des douleurs, une inflammation trop vive de la cavité et même des phlegmons de voisinage qui peuvent compliquer gravement le traitement d'un kyste. D'ailleurs, le rétrait portant sur la poche osseuse bien plus que sur la paroi membraneuse interne, ce travail est nécessairement long; sa durée peut, en effet, dépasser deux, six ou dix mois suivant l'étendue du kyste, et le traitement par les caustiques substitués aux simples lavages ne nous a pas paru hâter sensiblement la guérison.

La condition du retrait d'une poche kystique traité par la méthode des larges ouvertures est la suppuration de la cavité. Cette suppuration est quelquefois très-abondante, ordinairement fétide par suite des fermentations qui se produisent inévitablement dans la bouche ; aussi les lavages doivent-ils être largement et fréquemment renouvelés. Cette précaution est surtout indiquée dans le traitement des kystes de la mâchoire inférieure, dans lesquels la rétention des liquides est bien plus à craindre qu'à la mâchoire supérieure. Pour celles-ci, la poche se vide spontanément dans la bouche, et en outre, s'il s'agit d'un kyste périostique, l'extraction de la racine malade permet, comme nous l'avons dit, de faire des lavages plus complets et à courant continu pour ainsi dire.

A cette pratique on pourra ajouter, suivant le conseil de plusieurs chirurgiens anglais, une compression extérieure modérée et progressive de la tumeur. Cette compression sera effectuée à l'aide d'une mentonnière en tissu élastique et l'interposition de compresses graduées ou mieux de pelotes en caoutchouc.

Mentionnons encore un traitement des kystes périostiques par un procédé spécial qui peut dans un cas spécial être utilement appliqué : nous voulons parler de l'ouverture de la poche par le canal radiculaire de la dent qui occupe le centre de la poche. Cette circonstance, bien que rare, doit être signalée. Nous avons vu en effet que parfois un kyste prend naissance à la suite de l'obturation d'une carie pénétrante et par suite de la rétention d'un suintement séreux ou purulent antérieur. On peut alors, soit par l'enlèvement de la matière obturatrice, soit par la trépanation

directe de la cavité de la pulpe au lieu d'élection, rendre à l'écoulement son trajet primitif et réaliser à son début le retrait et la guérison du kyste. Cette première opération pourra même ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, être suivie d'une nouvelle obturation avec drainage destinée à en éviter le retour.

Les divers modes de traitement que nous venons d'indiquer seront, suivant nous, toujours suffisants pour obtenir la guérison d'un hyste simple et uniloculaire. Ils seront encore applicables aux kystes multiloculaires à la condition d'ouvrir isolément toutes les poches, d'en vider exactement le contenu ou d'extraire les racines qui peuvent correspondre aux diverses loges qui la composent et enfin de déchirer et d'enlever autant qu'il sera possible la paroi membraneuse.

Il est cependant un certain nombre de cas qui paraissent se soustraire à cette thérapeutique : ce sont les kystes qui, soit uni-loculaires, soit multiloculaires, ont envahi la totalité du maxillaire supérieur sur toute l'étendue de la branche horizontale ou la branche verticale du maxillaire inférieur, de telle sorte que l'os est entièrement évidé et réduit à la seule poche osseuse qui revêt le kyste.

Dans ce cas, l'ouverture des cavités et la provocation inflammatoire en supposant qu'elle soit réalisable entraîneraient une déformation plus ou moins considérable de l'os, et c'est dans ces circonstances qu'il est permis de recourir à la résection ou à la désarticulation. Nous n'avons pas à décrire ici cette opération, mais nous signalerons ce précepte important sur lequel a si justement insisté M. Forget, c'est de s'efforcer, s'il s'agit d'un kyste du maxillaire inférieur, de conserver, au niveau du bord inférieur de l'os, une bande suffisante pour permettre la régénération partielle du tissu osseux.

Toutefois, et nous ne saurions trop insister sur ce point, cette pratique devra être reléguée, à titre d'opération d'exception, aux seuls cas très-rares, croyons-nous, où les procédés indiqués tout à l'heure seront démontrés inapplicables. Il ne faut pas oublier en effet qu'avant Dupuytren, la résection était le moyen généralement employé et que, même depuis l'exemple donné par le grand chirurgien, on rencontre dans les observations recueillies

un nombre considérable de cas traités par l'amputation ou la résection alors que la simple ouverture suivie des soins appropriés les eût certainement guéris.

OBSERVATIONS INÉDITES ET PERSONNELLES.

Obs. Ire. — *Kyste folliculaire butyreux de la période embryoplastique développé aux dépens du germe d'une dent de sagesse inférieure.*

Mme K... (de Bucharest), âgée de 21 ans, vient à Paris à l'automne de 1861 pour se faire soigner d'une tumeur qu'elle porte à la mâchoire inférieure, du côté gauche.

Cette dame raconte qu'il y a environ cinq ans, alors qu'elle était âgée de 16 ans, elle remarqua une petite bosse, dure, qui s'était développée à la partie postérieure et inférieure de la joue gauche. Elle avait, au moment où elle fut reconnue par la malade, le volume d'une noisette; dès ce moment elle se développa très-lentement, il est vrai, mais d'une façon progressive et régulière. Elle ne donnait lieu à aucune sensation quelconque.

Deux années environ après ce début, Mme A..., dont la joue était légèrement déformée par la tumeur, consulta dans son pays, et comme elle avait antérieurement souffert des dents du même côté, on lui conseilla de faire extraire deux grosses molaires qui, dit-elle, étaient cariées.

Cette opération fut faite et n'amena aucun résultat au point de vue de la tumeur de la joue, qui continua à se développer sans modification aucune dans sa marche. Aucun autre traitement ne fut institué chez la malade.

Au moment de son arrivée à Paris, Mme A... prit l'avis de plusieurs chirurgiens, et les diagnostics suivants furent portés : *exostose; enchondrome*. L'un des consultants était notre maître regretté Follin qui, tout en inclinant à croire à un enchondrome, soupçonnait une intervention dentaire et nous adressa la malade.

Au moment de notre examen (janvier 1862), nous constatons les faits suivants : la malade est d'une bonne constitution, sans trace de diathèse quelconque. Les parents, d'une bonne santé, sont vivants et habitent Bucharest; elle est mariée depuis deux ans et n'a pas eu d'enfants.

La tumeur qu'elle porte à la mâchoire inférieure répond très-manifestement, comme centre, à la région de l'angle de la mâchoire qui est déformé, et ne se distingue plus au palper. Elle a le volume et la forme d'un œuf de poule à grand diamètre antéro-postérieur. La peau de la joue est normale, souple et libre de toute adhérence avec la masse sous-jacente qui est dure, résistante, sans qu'il soit possible de la déprimer sur aucun point.

L'examen do la bouche nous montre, du côté correspondant à la tumour, l'absence de trois grosses molaires; les deux premières sont celles qui ont étó extraites antérieurement. Quant à la dent de sagesse elle n'a point paru. Le côté opposé de l'arcado dentaire est complet et normal; la dent de sagesso y est en place; l'arcade supérieure est également normale comme nombre; il y a seulement quelques dents cariées.

En arrière de l'arcade dentaire inférieure du côté gauche, au niveau du vide laissé par l'extraction des deux premières molaires et par l'absence de la dent de sagesse, on constate une saillie qui répond à la tumeur extérieure. Cette saillie, arrondie, est dure et incompressible, sans présenter, sur aucun point, trace de fluctuation. Au dehors de l'arcade dentaire, dans le vestibule de la bouche, la tumeur se prolonge et va se continuant avec la saillie de la joue. Il n'y a aucuno douleur, ni spontanée, ni provoquée par les manœuvres d'exploration. Il n'y a aucune gêne de la déglutition, la tumeur ne faisant point saillie en dedans et en arrière, et présentant tout son développement dans le sens antérieur et externe. La face interne de l'arcade est très-légèrement soulevée du côté de la langue. Le bord supérieur, recouvert de la gencive, présente quelques dépressions qui résultent de la rencontre des couronnes des dents molaires de la mâchoire opposée, qui ont produit quelquos empreintes sur la muqueuse, ce qui occasionne une gêne légère dans les fonctions de la bouche.

En présence de ce cas, nous affirmons que la tumeur a pour point d'origine le follicule, resté inclus, de la dent de sagesse; mais notre diagnostic reste indécis entre une tumeur solide (fibrome ou odontome) ou un kyste. Nous inclinons toutefois davantage vers cette dernière hypothèse, en raison du plus grand développement de la tumeur du côté externe. Dans cette situation d'incertitude, nous sollicitons l'opinion de notre illustre maître Velpeau qui, confirmant notre seconde supposition, diagnostiquo un *kyste du maxillaire causé par la rètention de la dent de sagesse*. Il propose l'ouverture de la tumeur par la bouche, sur le bord alvéolaire, dans le but de rechercher et d'extraire la dent de sagesse.

Suivant ces indications, nous pratiquons, le lendemain (21 janvier) une incision longitudinale sur la gencive au niveau de la saillie du bord alvéolaire, et une fois parvenu à l'os, nous enlevons avec une gouge un lambeau d'une coque osseuse, mince et tapissée à sa face profonde d'une membrane fine et transparente. Pénétrant alors par cette ouverture avec une sonde cannelée recourbée, nous rencontrons une masse molle blanchâtre, et analogue, comme aspect et comme densité, à du fromage blanc ou à du beurre. Nous enlevons une grande partie de cette matière, de manière à nous permettre d'explorer la face interne du sac sur laquelle nous ne parvenons à

rencontrer aucun corps dur pouvant se rattacher à l'existence d'une dent restée incluse.

Velpeau, consulté de nouveau après cette opération, conseille de provoquer l'inflammation de la poche par des applications de bourdonnets de charpie, d'abord sèche, puis imbibés au bout de quelques jours de teinture d'iode.

Ce traitement, continué pendant trois mois, amène le retrait progressif de la tumeur, et lorsque la malade quitte Paris pour retourner dans son pays, elle est dans l'état le plus satisfaisant : la tumeur est réduite au volume d'une amande; elle est inappréciable à l'œil du côté de la joue, et nous ne conseillons plus, comme traitement, que des injections d'eau iodée.

Un fragment de la masse caséeuse du kyste porté sous le microscope montre la présence de matières grasses en quantité considérable, mélangée à des cristaux très-nombreux de cholestérine et à des cellules épithéliales pavimenteuses remplies de granulations graisseuses.

Cette observation représente un cas très-remarquable de kyste du follicule d'une dent de sagesse à la phase embryoplastique. L'époque du début de la tumeur répondant à la quinzième ou seizième année, c'est-à-dire peu de temps après l'apparition du germe de cette dent (1), l'absence de toute production dentinaire dans la poche, la nature du contenu, concourent à établir ce mode de formation. Les organes intra-folliculaires, *bulbe* et *organe de l'émail*, frappés de troubles de nutrition, ont subi une dégénérescence de leurs éléments et une sorte de transformation graisseuse.

Obs. II. — *Kyste folliculaire hétérotopique développé autour d'une canine supérieure gauche pendant la période coronaire du follicule.*

Le nommé François B..., 25 ans, palefrenier, d'une bonne santé habituelle, n'a jamais souffert des dents; ses dents de sagesse sont en place et normalement développées. Toutefois le système dentaire n'est pas complet, et la canine supérieure gauche manque. La place de cette dent est considérablement diminuée par le rapprochement de la première bicuspide et de l'incisive latérale qui ne sont séparées que par un intervalle de quelques millimètres.

Il y a environ deux ans, ce malade s'aperçut d'une petite grosseur

(1) D'après nos recherches antérieures avec M. Ch. Robin, c'est vers la douzième année qu'apparaît le première trace du follicule de la dent de sagesse.

dure, siégeant dans la joue gauche au-dessous de l'orbite et vers l'angle inférieur de l'os malaire. Elle avait, lorsqu'il la constata, le volume d'une noisette, elle ne causait aucune douleur. Cette petite tumeur prit un accroissement très-lent, mais continu, restant toujours indolente.

Dans ces derniers temps le malade, incommodé par cette saillie qui le défigure, consulta un médecin qui, soupçonnant une affection d'origine dentaire, nous l'adresse pour avoir notre avis.

Au moment où nous observons le malade (juin 1863), la tumeur occupe toute l'étendue de la fosse canine ; elle offre le volume d'un œuf de pigeon, elle est dure, incompressible, indolente au toucher et fixée au maxillaire, tandis que les téguments de la joue glissent à sa surface sans aucune adhérence. Observée dans la bouche, elle fait dans le vestibule une saillie dure, lisse et régulière, sur laquelle la muqueuse distendue glisse ainsi que la peau de la joue, sans aucune adhérence. Sur ce point il est facile de constater que la tumeur est recouverte d'une lame osseuse mince, dépressible à la pression forte du doigt et donnant la sensation dite parcheminée. La tumeur, circonscrite avec les doigts, ne présente pas la forme régulière d'un ovoïde; elle est un peu aplatie et isolée à la surface du maxillaire, remplissant la presque totalité de la fosse canine et arrivant jusqu'à l'angle de l'aile du nez, qu'elle a soulevé notablement. Le centre de la tumeur paraît répondre à peu près au niveau de la première petite molaire correspondante.

Nous diagnostiquons un kyste ayant comme cause probable le follicule de la canine manquante : nous pratiquons, sur la partie qui fait saillie dans le vestibule de la bouche, une ponction avec un trocart explorateur qui donne issue à quelques gouttes d'un liquide jaunâtre, transparent et sirupeux.

Nous faisons alors, avec le bistouri, une large incision par laquelle s'écoule environ la quantité d'un verre à bordeaux de liquide épais, renfermant quelques traînées blanchâtres d'apparence purulente. Par l'ouverture ainsi pratiquée, nous introduisons un stylet qui explore la surface intérieure du kyste. L'instrument rencontre bientôt sur un point de cette paroi, vers la partie la plus reculée de la poche, en arrière et en bas, un corps dur, résistant, qui rend à la percussion un son clair. Nul doute que ce soit la canine. En effet, au moyen d'un levier simple nous parvenons, non sans peine et après de nombreuses tentatives, à détacher ce corps dur qui n'est autre qu'une couronne dentaire atrophiée, irrégulière, mamelonnée, et présentant comme trois tubercules distincts. Au-dessous de la couronne, sur le point qui répond au collet nous recueillons quelques lambeaux arrachés avec la dent. Au-delà de ce point, la racine n'est représentée que par un prolongement de 1 millimètre à peine de

longueur, terminé par un sommet arrondi, n'offrant aucune trace de la perforation qui s'ouvre d'ordinaire dans le canal dentaire. La pulpe a donc vraisemblablement disparu.

Du collet de cette dent, c'est-à-dire du point où la couronne avortée et difforme se réunit au tronçon de racine qui lui fait suite, se détachent des lambeaux formant une sorte de collerette (voir plus haut, fig. 6). Ces lambeaux portés sous le microscope offrent une structure fibreuse assez serrée, vasculaire, sans trace appréciable de nerfs, et tapissée à sa face profonde d'une couche de cellules épithéliales polyédriques à deux ou trois noyaux. Ces caractères, sauf toutefois la couche épithéliale, rappellent assez bien la constitution de la paroi du follicule normal. Quelques débris de la poche kystique, raclés avec le bistouri, sont observés de la même manière et présentent une structure identique à celle du collet.

Les traînées blanchâtres qui nageaient dans le liquide sont composées de pus et de cellules épithéliales détachées de la paroi.

Le malade, traité par le tamponnement avec des bourdonnets de charpie, puis par des applications iodées, guérit complètement sans complication inflammatoire, sans déformation ultérieure, et dans l'espace de quatre mois.

Cette observation peut être regardée comme un type de *kyste folliculaire coronaire* (kyste dentigère des Anglais).

Obs. III. — *Kyste folliculaire hétérotopique de la période coronaire développé aux dépens du follicule d'une incisive permanente.*

P..., 29 ans, valet de pied, n'a jamais souffert des dents. Il y a six mois, il s'enleva lui-même une dent très-ébranlée, occupant la place de l'incisive latérale supérieure gauche. Cette dent, fort petite, n'avait point de racine et paraît avoir présenté, d'après les renseignements qu'il fournit, tous les caractères d'une dent temporaire. Elle était tout à fait chancelante et causait par cela même des sensations douloureuses qui cessèrent aussitôt.

Il y a deux mois, vers le commencement de mars 1861, P... s'aperçut qu'il s'était produit sur la gencive, au-dessus des incisives centrales, juste sur la ligne médiane, une petite grosseur du volume d'une noisette, soulevant la lèvre supérieure, et tout à fait indolente.

Au bout de quinze jours, au dire du malade, cette petite grosseur avait disparu, lorsque, vers le milieu d'avril, elle reparut sur le même point, mais cette fois pour prendre un accroissement continu assez rapide.

Au moment où nous voyons le malade, 14 mai 1861, la face présente une déformation considérable : la lèvre supérieure, au-dessous de l'aile gauche du nez, est soulevée ; l'aile du nez elle-même est

refoulée en haut et en avant; l'orifice de la narino correspondante est réduit de la moitié de son étendue; le nez tout entier s'incline à gauche; la peau cependant est très-souple, sans rougeur ni douleur à la pression. La déformation se prolonge en arrière sur la joue jusqu'à l'orbite, et la paupière inférieure est soulevée, de sorte que l'orifice palpébral est déformé et réduit de son étendue.

L'arcade dentaire supérioure est très-régulière et ne présente qu'une seule interruption au point correspondant à l'incisive latérale gauche, là où fut extraite, il y a sept mois, la petite incisive supposée temporaire. La gencive sur ce point est très-lisse, plutôt déprimée, ne laissant ainsi soupçonner aucune trace de dent renfermée dans la mâchoire.

Les dents qui occupent les deux mâchoires sont saines; seulement, la canine et les deux bicuspides supérieures gauches présentent une certaine mobilité. Au-dessus de ces dernières s'observe la tumeur qui présente, en ce point, une saillie allongée d'avant en arrière, oblongue, et non mamelonnée. Son volume apparent est celui d'un œuf de poule. On reconnaît aisément sur ce point que la paroi est dépressible et donne d'une manière évidente la sensation dite parcheminée.

Nous diagnostiquons un kyste du maxillaire, et, sur le point culminant de la saillie dans la bouche, nous pratiquons une petite ouverture avec un bistouri à lame mince. Aussitôt il s'échappe environ 150 grammes d'un liquide brun très-fluide, un peu louche et légèrement gluant entre les doigts, sans être filant toutefois. Un stylet plongé dans l'ouverture pénètre dans une cavité très-vaste et creusée au sein de la partie antérieure du maxillaire, à parois résistantes et osseuses.

La longueur de la cavité est de 75 millimètres, sa hauteur 35 millim., et sa profondeur de 35 millim. Sa capacité est environ celle d'un œuf. Toute la surface est tapissée d'une membrane lisse, la paroi propre du kyste.

A l'exploration attentive de la cavité au moyen du stylet, on rencontre en arrière et en haut un corps de forme arrondie, d'une dureté et d'une sonorité considérables. Nous soupçonnons aussitôt la présence d'une dent à laquelle le kyste devrait son développement.

Au moyen de quelques manœuvres avec un petit instrument appliqué comme levier simple, nous parvenons à ébranler et à détacher cette dent incluse dans le kyste, et à l'amener ainsi au dehors. Cette dent rappelle assez peu par sa forme l'incisive latérale absente; son volume est moindre que celui de l'incisive du côté opposé; elle est en même temps plus bombée à sa face antérieure; en outre, elle ne présente qu'un petit tronçon de racine; la dent est pour ainsi dire réduite à sa seule couronne, et, au niveau du collet qui plonge dans

la paroi du kyste, on voit quelques lambeaux adhérents sur ce point et détachés de la paroi kystique. La partie plongeant dans cette paroi est inégale, rugueuse, comme si la racine avait subi une résorption. Il n'y a pas trace du canal dentaire, qui est entièrement oblitéré, ainsi sans doute que la cavité de la pulpe.



Fig. 8. — Réprésentant à gauche la dent incisive, telle qu'elle a été extraite, portant à son collet la collerette de paroi kystique ; à droite la même dent avec sa poche indiquée schématiquement par le trait B.

L'examen histologique des lambeaux qui adhèrent au collet de cette couronne montrent que la paroi kystique est composée d'une trame fibreuse simple, assez serrée, recouverte à sa face profonde d'une couche de cellules épithéliales polyédriques stratifiées.

Nous pratiquons un lavage du kyste avec de l'eau simple, et un tamponnement avec des boulettes de charpie sèche est appliqué.

16 mai. Le malade a eu hier soir un peu de frisson suivi de chaleur. La joue toutefois ne présente pas de changement. La suppuration ne paraît pas encore établie dans le kyste. Le tamponnement sec est renouvelé.

Le 17. La tuméfaction de la face présente une légère diminution. Pas d'accidents généraux; la suppuration commence à s'établir, elle est peu abondante. — Même pansement.

Le 18. Hier, à onze heures du soir, violent accès de fièvre, frissons et sueurs profuses jusqu'à trois heures du matin. Céphalalgie, langue saburrale, perte d'appétit. Pouls, 120, plein et régulier. La cavité du kyste est en pleine suppuration. Lavages avec de l'eau phéniquée et rétablissement du tamponnement. Le volume de la face s'est un peu accru depuis la veille. La peau est un peu chaude et rougeâtre.

Un purgatif.

Le 19. Hier, dans l'après-midi, nouveau frisson plus léger que la

veille. Le tamponnement est retiré. Lavages avec l'eau phéniquée. Cataplasmes permanents tièdes sur la joue.

Le 20. Toute la journée d'hier s'est passée au milieu de la fièvre; toutefois la face a perdu sa rougeur et sa chaleur. La suppuration du kyste est abondante, franche, mais un peu fétide. Une injection phéniquée toutes les deux heures. Sulfate de quinine, 0 gr. 30.

Le 22. État général excellent. Pas de fièvre, diminution appréciable du volume de la joue et de celui du kyste.

Les jours suivants, l'amélioration se prononce progressive; la face et la tumeur diminuent de volume.

Le 28. La diminution continue franchement, et à partir de ce jour aucun autre phénomène général ne se produit.

Le traitement est ainsi poursuivi pendant deux mois, et il ne reste plus à ce moment qu'un petit cul-de-sac d'environ 1 cent. 1/2 de profondeur.

Le malade quitte Paris.

Cette observation est, comme on le voit, relative à un kyste développé au sein du follicule de l'incisive latérale supérieure, laquelle avait éprouvé une anomalie de siége ou hétérotopie. Ce déplacement avait porté le follicule de cette dent à 3 centimètres à peu près de son siége normal. L'arrêt de développement de l'organe dentaire borné à la seule couronne établit en outre que le kyste a débuté pendant la période coronaire, c'est-à-dire antérieurement à la formation de la racine : en effet, à cette période de l'évolution la couronne étant formée, la paroi folliculaire, au lieu de se prolonger comme elle le fait normalement à la surface de la racine pour en constituer le périoste, s'est trouvée distendue par l'accumulation du liquide, et la couronne est restée ainsi implantée par son collet dans sa paroi kystique, qui de ce collet même s'épanouit et s'étale dans toute la cavité. L'étude de la constitution de cette paroi jointe aux faits de l'observation démontre de la manière la plus évidente le processus de la lésion.

Cette observation est d'ailleurs très-analogue à la précédente et répond à la même période folliculaire.

Obs. IV.— *Kyste du périoste dentaire d'origine traumatique développé au sommet d'une incisive centrale supérieure droite.*

M. S..., 38 ans, n'a jamais souffert des dents. Il y a environ deux ans il fit une chute de cheval qui, outre diverses contusions de la

face, ébranla notablement les dents antéro-supérieure et principalement l'incisive centrale droite. Ces dents se consolidèrent toutefois, et M. S... ne se ressentait pas de ces accidents, lorsqu'il y a huit mois il remarqua une légère grosseur siégeant sous la lèvre supérieure, au niveau de l'aile droite du nez. Cette grosseur prit un développement progressif sans cependant causer de douleur. L'incisive correspondante présentait, il est vrai, un léger allongement très-perceptible le matin surtout à la rencontre des mâchoires. Cette dent paraissait aussi un peu ébranlée. En l'absence de toute autre sensation qu'une légère raideur et un peu d'empâtement de la lèvre supérieure, M. S... ne fit point davantage attention à cet état, lorsqu'il y a six mois apparut une fluxion assez forte de la lèvre avec soulèvement de l'aile droite du nez et gonflement de la face jusqu'à l'orbite : il y eut en même temps de la fièvre pendant vingt-quatre heures, et la fluxion après avoir duré cinq ou six jours se dissipa sans que le malade eût remarqué qu'un abcès se fût formé à la gencive et eût donné issue à un liquide quelconque. M. S... constata seulement que la fluxion ne paraissait pas s'être affaissée complètement, et qu'il restait une dureté plus grosse qu'auparavant et plus étendue à droite vers la joue.

Le même accident, fluxion de quatre ou cinq jours, se reproduisit à divers intervalles, cinq fois encore depuis sa première apparition, et toujours laissant après lui une légère augmentation de la tumeur.

Enfin M. S..., le 17 janvier 1872, à la suite d'une dernière crise, un peu plus douloureuse que les précédentes, alla demander à un dentiste de Paris l'extraction de l'incisive centrale à laquelle il attribuait les accidents ; le praticien auquel il s'adressa consentit à lui extraire la dent qu'il désignait.

Au dire du malade, aussitôt l'extraction faite, il s'écoula une quantité considérable d'un liquide gras, épais comme du sirop et d'une saveur salée, il était roussâtre, mais mélangé abondamment de sang, et aussi de flocons blanchâtres.

Le lendemain de l'opération, M. S..., bien que soulagé, mais préoccupé des circonstances insolites de l'opération de la veille, vient nous consulter.

Nous constatons alors l'existence d'une tuméfaction de la lèvre et de la joue du côté droit, du volume d'environ un œuf de pigeon (ce volume aurait, suivant le malade, beaucoup diminué déjà depuis la veille). L'alvéole de l'incisive extraite donne issue à un liquide sanieux, rougeâtre. Une sonde introduite par cet alvéole, pénètre dans une cavité creusée dans la partie antérieure du maxillaire supérieur et dont les parois évidemment osseuses sont tapissées par une membrane lisse. Son étendue représente environ un diamètre de 5 ou 6 centimètres.

Nous conseillons à M. S... de faire, au moyen d'une petite sonde de

gomme et d'une seringue en verre, trois injections par jour avec de l'eau légèrement iodée.

Au bout d'un mois M. S... est entièrement guéri. La tuméfaction a complètement disparu, et l'alvéole non encore cicatrisé, ne donne issue qu'à une quantité presque imperceptible de liquide.

La dent qui a été extraite et que M. S... nous présente, n'offre dans sa couronne aucune altération appréciable ; elle ne paraît pas avoir changé de couleur. Son sommet est tronqué et se termine par une surface mamelonnée inégale, présentant des pointes aiguës (Voir plus haut, fig. 7). Le canal dentaire est perceptible, mais paraît vide absolument. Au niveau des bords de la surface rugueuse et inégale de la racine on aperçoit des lambeaux membraneux évidemment arrachés à la paroi du kyste. Ces lambeaux sont malheureusement desséchés, ce qui ne permet plus d'en faire l'examen anatomique.

Les circonstances de cette observation montrent clairement qu'il s'agissait d'un kyste du périoste dentaire développé, à la suite d'une contusion, au sommet de l'incisive centrale droite, kyste qui eût été toutefois probablement curable sans le sacrifice de cette dent.

Obs. V. — *Kyste du périoste dentaire développé autour de la racine d'une première bicuspide inférieure gauche.*

M. V..., âgé de 50 ans, a souvent souffert des dents; de nombreuses extractions ont été faites, et il conserve dans la bouche une grande quantité de débris de dents altérées spontanément et brisées.

Il y a environ huit mois, M. V... s'aperçut qu'une petite tumeur s'était produite à la partie inférieure de la joue gauche. Elle était dure, ne donnait lieu à aucune douleur, et le malade, qui avait eu des fluxions à diverses reprises, remarqua que cette tuméfaction nouvelle n'avait pas le même caractère.

La petite tumeur grossit peu à peu, sans causer d'autres inconvénients que la déformation de la joue.

Le 10 mars 1872, M. V... vient nous consulter. Nous constatons alors que la joue gauche est le siége d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, dure, immobile et fixée à la mâchoire inférieure. Elle répond, comme siége, à peu près au milieu de la branche horizontale; la peau est lisse et mobile.

A l'ouverture de la bouche, on constate dans le vestibule une saillie de la tumeur, recouverte de la muqueuse, qui présente en ce point une injection manifeste. La pression du doigt ne cause aucune douleur, mais on reconnaît que la tumeur a une coque osseuse qui est

dépressible et donne au doigt la sensation caractéristique de parchemin.

L'arcade dentaire est presque entièrement dégarnie. Les incisives et les canines sont toutefois en place, mais des molaires il ne reste que la dent de sagesse, qui est déchaussée et inclinée en avant, et un débris qui correspond à la première bicuspide, qui s'est cariée et brisée spontanément. La seconde bicuspide et les deux premières molaires ont été extraites il y a longtemps.

La présence du débris de la petite molaire et les rapports du siége avec la tumeur ne nous laissent pas de doute sur le caractère de la lésion, et nous diagnostiquons un kyste périostique du maxillaire que nous proposons au malade de traiter par l'extraction de la racine et des pansements consécutifs.

L'opération est pratiquée dans la même séance, et par l'alvéole ouvert s'écoule un liquide clair, jaunâtre, manifestement séreux, non filant ; sa quantité est à peu près celle d'un verre à madère. La racine extraite est courte, réduite au tiers ou au quart de sa hauteur, le sommet est rugueux, inégal, couvert d'aspérités, comme rongé par un phénomène de résorption moléculaire, analogue à celui des dents temporaires au moment de leur chute.

Le périoste n'existe plus dans toute cette partie inégale, mais on le retrouve plus haut, au point où s'insérait la paroi du kyste.

L'exploration, pratiquée par la même voie, permet de parcourir tous les points de la poche qui est lisse et uniforme.

Nous pratiquons une simple injection d'eau pure dans la cavité.

Au bout de trois jours, le malade revient, nous affirmant qu'il a déjà constaté une légère diminution de la tumeur, seulement il se plaint d'un écoulement purulent et fétide par la plaie. Nous faisons alors une injection composée d'eau et d'un tiers de teinture d'iode, et recommandons au malade de comprimer souvent avec la main la tumeur extérieure, et d'exercer, en même temps, quelques manœuvres de succion pour vider la poche.

Le traitement, borné à des injections iodées tous les deux ou trois jours, est continué pendant deux mois, au bout desquels le malade est parfaitement guéri.

Cette observation, dont les circonstances sont très-simples, sans complication, est très-caractéristique : une racine laissée dans la mâchoire après la destruction de la couronne par la carie, devient le siége d'un épanchement sous-périostique, qui se produit lentement sans causer aucune douleur, et amène la formation d'un kyste. La racine est extraite, le kyste se vide par l'alvéole et de simples injections amènent la guérison rapide.

Obs. VI. — *Kyste du périoste dentaire occupant le côté gauche du maxillaire supérieur.*

Ch. de T..., 22 ans, est d'une oxcellente constitution et d'une bonno santé; toutefois, appartenant à une famille où la carie dentaire est héréditaire, il a souvont souffert des dents. L'une de celles-ci, la première prémolaire supérieuro droito, profondément atteinte, fut extraite il y a environ dix-huit mois. L'opération fut longuo, laborieuse, la dent s'étant brisée à plusieurs reprises sous les instruments. Elle fut toutefois entièrement enlevée, mais, au dire du malade, des fragments d'alvéoles furent entraînés; de plus, la dent voisine, la seconde prémolaire, éprouva pendant l'opération un certain ébranlement et, les jours qui suivirent, devint très-douloureuse à la pression avec sensation d'allongement. Les accidents se dissipérent au bout do peu de temps, et lo malade était depuis lors très-tranquille de ce côté de la bouche, lorsque, il y a à peu près huit mois, quelques douleurs reparurent au niveau de cette même seconde molaire; elle redevint sensible à la rencontre des dents opposées, et M. de T... reconnut qu'en passant le doigt le long du bord alvéolaire on rencontrait, au niveau des racines de cette dent, la présence d'une petite tumeur du volume d'uno amande, dure et indolente à la pression. La joue présentait une certaine raideur, sans rougeur ni gonflement. Ces petits accidents se dissipèrent néanmoins, mais la tumeur prit un développement progressif.

Au mois de mai 1872, M. de T... vient nous consulter.

Nous constatons que la joue gauche est soulevée par une tumeur du volume d'une mandarine; la peau est lisse, souple et mobile. Pas de douleur à la pression. La bouche étant ouverte, on reconnaît qu'après le vide laissé par l'extraction do la première bicuspide, la deuxième bicuspide, d'ailleurs absolument dépourvue de carie, est notablement déchaussée do sa protection de muqueuse, surtout en avant, au point qui répond à la plaie qui précède. Elle offre une légère mobilité; ses racines répondent manifestement comme centre à la tumeur qui fait saillie en dehors dans le vestibule. Cetto tumeur est sphérique, globuleuse, recouvorte de la muqueuse un peu injectée. Elle est manifestement fluctuante, et en passant le doigt un peu en arrière on constate très-nettement le bruit de parchemin, ce qui prouve que la paroi sur ce point est bien plus amincie qu'en avant, où co signe ne se perçoit pas.

Une ponction avec un trocart explorateur permet de recueillir un liquide clair, jaunâtre et visqueux comme du sirop de gomme. La quantité qui s'écoulo est environ lo contonu d'un verro à madèro. Uno partio do co liquide, recueillio dans un tube, se prond en masse par la chalour et l'acide nitrique, ce qui révèle sa nature albumi-

neuse. Une autre partie du liquide se recouvre, par refroidissement, de quelques pellicules blanchâtres et brillantes, que l'examen microscopique reconnaît comme des cristaux de cholestérine très-abondants et très-élégants. Le liquide contient en outre des leucocytes en petit nombre et des cellules épithéliales sphériques détachées vraisemblablement de la paroi kystique.

La poche étant largement ouverte, on y pénètre aisément avec le doigt qui rencontre à la partie inférieure de la cavité la racine dénudée dans une petite étendue de la deuxième petite molaire.

Dans le but de tenter la guérison de ce kyste sans sacrifier la dent qui en a été la cause, nous instituons un traitement consistant dans des lavages quotidiens de la poche avec de l'eau additionnée d'un quart de teinture d'iode.

Aucun accident ni local, ni de voisinage, ne complique cette pratique, et au bout de deux mois, au moment où le malade est obligé de quitter Paris, la tumeur est complètement affaissée et il ne reste qu'un petit trajet fistuleux, d'environ 4 ou 5 millimètres, aboutissant à la racine encore dénudée. La dent n'a plus aucune mobilité, et la mastication s'effectue librement du côté correspondant.

Nous conseillons à M. de T... d'abandonner les choses à elles-mêmes.

Cette observation est intéressante en ce que la maladie a eu pour début un traumatisme causé à une dent dépourvue d'altération antérieure par une opération de voisinage, et que la guérison a pu être obtenue avec conservation de la dent malade.

Obs. VII. — *Kyste du périoste dentaire développé autour de la racine d'une incisive centrale supérieure droite.*

Mme H..., âgée de 25 ans, est d'une excellente santé; sa dentition est irréprochable. Il y a environ dix mois, sans cause appréciable, sans traumatisme, la malade remarqua que l'incisive centrale droite supérieure, d'ailleurs parfaitement saine en apparence, s'allongeait notablement, dépassant le niveau de ses voisines, de sorte que les dents inférieures opposées la rencontraient avant les autres dans le rapprochement des mâchoires. Elle n'était toutefois nullement sensible. Quelque temps après, Mme H... constata la présence, au-dessus de cette dent, dans l'épaisseur de la mâchoire, d'une petite tumeur qui soulevait la lèvre et formait une saillie appréciable à l'œil. Le doigt, passant le long du bord alvéolaire, constatait aisément sa présence. Elle était d'ailleurs indolente.

Au moment où nous sommes consulté par Mme H..., qui nous est

adressée par le Dr Davaino, nous reconnaissons l'état suivant (10 mai 1867) :

La lèvre est soulevée par une petite tumeur facilement circonscrite avec les doigts, dure, indolente, immobile, du volume d'une noix. La peau est lisse, souple et sans adhérence aucune avec la tumeur. La lèvre étant relevée, nous constatons que la dent incisive centrale droite, d'ailleurs dépourvue de carie ainsi que ses voisines, est notablement allongée, dépassant celles-ci d'environ 1 millim. 1/2; elle est manifestement ébranlée et sa coloration est un peu grisâtre. La gencive est saine, nullement décollée au collet de la surface dentaire. Le doigt perçoit au-dessus de cette dent une tumeur dure, fluctuante, sans bruit de parchemin, ne donnant aucune douleur à la pression et paraissant, par son siége, répondre exactement à la racine de la dent désignée.

Nous diagnostiquons un kyste du périoste dentaire.

Au moyen d'un trocart explorateur, nous perforons la paroi de la poche, qui est dure et manifestement pourvue d'une enveloppe osseuse. Il s'écoule très-difficilement quelques gouttes d'un liquide jaunâtre, sirupeux. Un stylet introduit par l'ouverture explore l'intérieur de la poche, et rencontre bientôt un corps dur, inégal, rugueux, qui est manifestement le sommet de la racine de l'incisive centrale.

Le kyste est alors largement ouvert avec une lancette, et une quantité de liquide pouvant remplir à peu près un verre à liqueur s'écoule complètement.

Un tamponnement avec du coton sec est appliqué et renouvelé tous les jours.

Au bout d'une semaine, la dent est remontée à sa place normale, elle a repris une partie de sa solidité; la tumeur s'est presque complètement affaissée et l'exploration avec le stylet ne montre plus qu'un trajet fort court aboutissant directement à la racine dénudée.

Le trajet est abandonné à lui-même, et au bout de trois semaines son ouverture était cicatrisée.

Mme H... a été revue plusieurs fois pendant les années qui ont suivi cette époque; sa guérison est restée complète.

Obs. VIII. — *Kyste du périoste dentaire développé au côté droit du maxillaire supérieur* (1).

M. D..., 23 ans, est d'une bonne santé habituelle. Il a toutefois été affecté, à 8 ans, d'une otite interne, et à 15 ans on lui pratiqua l'ablation des amygdales.

(1) Nous devons cette observation qui est inédite, à l'obligeance de notre ami e Dr J. Moreau qui l'a recueillie dans sa clientèle.

En 1865 l'incisive latérale droite, cariée, fut traitée et aurifiée. En 1869, la première grosse molaire et la seconde bicuspide du côté correspondant furent traitées par los caustiques et obturées en juillet 1870; la premièro bicuspide cariée fut obturée à son tour.

Un mois après, en août 1870, uno petite tuméfaction apparut sur le bord alvéolaire entre la première bicuspide et la canine, et le malade affirme même que cette dernière avait subi un léger déplacement en arrière de l'arcado. Au bout de quelques jours, cette tuméfaction se dissipa et la canine aurait aussitôt repris sa place primitive.

Du mois d'août à décembre de la même année, la même apparition d'une petite tuméfaction se produisit et se dissipa promptement sans douleur.

En janvier 1871, apparition d'une fluxion considérable de la joue répondant à la fosse canine et durant environ une semaine. Après cette nouvelle crise, la tuméfaction de la joue conserva un volume plus considérable, et la canine, déjà déviée, éprouva un nouveau renversement en arrière.

Au mois do mars suivant, nouvelle fluxion suivant la même marche et nouvelle augmentation de la déviation de la canine.

En août, M. D... tombe malade d'une fièvre typhoïde.

En novembre, nouvelle fluxion survenue à la suite d'une perte séminale, et qui entraîne la persistance du gonflement de la joue jusqu'à la fin de décombre. A cette époque, le malade constate un matin, en se réveillant, l'écoulement dans la bouche d'un liquide salé, qui parut clair et transparent. A la suite de ce petit incident, la tuméfaction de la joue diminua sensiblement pendant quelques jours, puis reprit son volume antérieur.

Depuis la fin de décembre jusqu'au mois de mars, l'écoulement par la bouche d'une certaine quantité de liquide se reproduisit deux fois à environ un mois d'intervalle.

Enfin, le 6 mars, M. D... se décide à consulter, et l'on constate l'état suivant : la joue est déformée par la présence d'une tumeur du volume d'une grosse noix, occupant la fosse canine et ayant causé une déviation et une déformation de l'aile du nez. La masse est dure, incompressible et indolente. En soulevant la lèvre on retrouve la tumeur qui fait saillie dans le vestibule et s'étend depuis l'incisivo latérale jusqu'à la deuxièmo petite molaire. Les donts qui répondent à la région occupée par la tumeur sont toutes solides. Toutefois l'incisive latérale est déviée légèroment en arrière, et la canine a éprouvé un renversement tol quo dans l'occlusion de la bouche sa couronne se placo en arrière de l'arcado inférioure. Il y a donc rétroversion complète de celle-ci. Cetto déviation est le résultat de la formation de la tumeur, car M. D... n'hésite pas à affirmer qu'antérieu-

rement au début do la maladio, cette dent était, ainsi que ses voisines, placée au devant do l'arcado inférieuro. Les deux petites molaires sont en place sans déviation aucune. Au niveau do celles-ci, la tumeur offre un point manifestoment fluctuant, mais sans bruit parcheminé.

Une ponction exploratrice pratiquée par la boucho donne issue à uno petite quantité do liquide filant ; l'exploration au moyen d'un stylet introduit dans l'ouverture constate l'existonce d'uno vasto cavité dirigéo surtout à droite et en arrière. Sur un point de la cavité, l'instrument rencontre un corps dur qui, d'après son siégo, répond assez exactement à la racine de la première bicuspide.

Le diagnostic porté est : *Kyste du périoste dentaire développé autour de la racine de la première petite molaire.*

Au moyen du bistouri et des ciseaux on enlève un segment de la paroi du kyste, d'où s'écoule environ un verre à liqueur d'un liquide filant contenant du sang et quelques lambeaux blanchâtres.

La poche, explorée alors plus facilement, mesure 35 millimètres d'avant en arrière et 15 do haut en bas. En suivant avec un stylet mousse la paroi interne de la poche, on rencontre une première saillio qui répond à la racine de la canine déviée. Cetto racine, toutefois, ne paraît pas dénudée; elle est recouverte d'une membrane lisse. En arrière de celle-ci se trouve la racine de la première bicuspide, qui est au contraire dénudée et rugueuse. Son sommet est libre et séparé de la paroi par un intervalle assez grand.

Le traitement a consisté dans des tamponnements d'ouate d'abord sèche, puis imbibéo de teinture d'iode. La diminution du kyste se fit progressivement, et trois mois après, M. D..., qui est obligé de quitter Paris, n'a plus dans la bouche qu'une petite cavité en cul-de-sac, et qu'il abandonne à elle-même.

Cette observation est intéressante à plusieurs égards. Sa marche lente, interrompue par des crises inflammatoires nombreuses, les circonstances d'un écoulement plusieurs fois reproduit et qui résultait de l'ouverture spontanée du kyste, la déviation de la canine, la netteté dans la production du kyste consécutivement à une carie dentaire et à une obturation, la précision du diagnostic porté, sont des points utiles à noter. Nous ajouterons cette remarque que M. Moreau a obtenu la guérison sans extraction de la dent malade.

CONCLUSIONS.

De l'ensemble des considérations et des faits présentés dans ce travail nous nous croyons autorisé à dégager les conclusions suivantes :

1° Les kystes spontanés des mâchoires ont constamment pour point de départ le système dentaire.

2° La presque totalité des observations qui figurent dans la science sont conformes à cette explication.

3° Les quelques rares exemples de kystes des maxillaires qui paraissent échapper à cette théorie, reposent sur des faits manquant de détails suffisants pour en établir la pathogénie ou dépourvus de rigueur scientifique.

4° L'existence d'une *maladie kystique* des maxillaires et de nature essentielle, sans relation étiologique avec le système dentaire, n'est pas prouvée jusqu'à présent.

5° Le développement des kystes des mâchoires s'effectue par deux processus différents :

a. Dans la période embryonnaire, c'est-à-dire au sein même du follicule, la paroi propre de celui-ci formant la poche kystique.

b. Dans la période adulte, au-dessous du périoste dentaire qui revêt la racine, ce périoste étant soulevé et constituant la paroi du kyste.

6° Les kystes des mâchoires contiennent, outre la masse liquide ou semi-liquide qui les remplit, des matières solides qui sont tantôt des parties fibreuses ou fibroïdes (kystes embryoplastiques du follicule), tantôt des corps durs, plaques ou grains dentinaires, couronnes régulières ou non (kystes odontoplastiques et coronaires du follicule); tantôt enfin une racine dénudée et plongeant par son sommet dans la cavité kystique (kystes du périoste dentaire). La seule exception à cette règle est relative à certains kystes folliculaires embryoplastiques dans lesquels il y a eu, au début de leur formation, fonte ou résorption des parties constituantes du follicule affecté.

7° Les kystes du follicule résultant de troubles dans la nutrition de l'organe, se développent tantôt sur le lieu normal où siége le follicule primitif (*kystes folliculaires simples*), tantôt sur un point des maxillaires autre que le bord alvéolaire (*kystes folliculaires hetérotopiques*).

8° Les kystes du périoste dentaire se produisent toujours autour d'une racine occupant son siége normal. Ils ne sont jamais *hetérotopiques*.

9° En outre des kystes spontanés, folliculaires ou périostiques, on peut rencontrer dans les maxillaires des kystes développés autour d'un corps étranger. Ce sont les *kystes périgènes* de Broca, ou *corps étrangers enkystés des mâchoires*.

10° L'immense majorité des kystes des mâchoires est curable par simple ouverture de la poche et provocation du retrait de la cavité.

11° La résection et la désarticulation des maxillaires doivent être réservées pour quelques cas rares, dans lesquels le développement très-étendu d'un kyste a réduit considérablement ou détruit complètement le tissu osseux des mâchoires.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.